

Desarrollo emocional y relacional





Máster en Danza Movimiento Terapia

Elena Schelotto Musetti

Tesina supervisada por la Dra. Heidrun Panhofer

Junio 2012

Índice

Resumen/Palabras clave	4
Introducción y Motivación	5-8
Metodología	9-11
I. Revisión literaria	
I.I Marco Teórico	12-27
La relación tónico- emocional	14-17
Sistema de Neuronas espejo	17-19
Conocimiento Relacional Implícito	20-21
Intersubjetividad	21-27
I.II Intervenciones en Danza Movimiento Terapia y su relevancia para el desarrollo emocional y relacional:	
Relación terapéutica	28-30
Conciencia Corporal	31-36
Memoria Corporal	36-40
Empatía kinestésica y Entonamiento afectivo	41-43
Comunicación no verbal y <i>Enacción</i>	44-45
II. Juan	
Historia y situación clínica	46-51
Proceso terapéutico	52-65
Discusión	66-68
Conclusiones	69-70
Referencias	71-87
Agradecimientos	88
Anexos	89-97

Resumen

En este trabajo haremos un breve recorrido a través del desarrollo de un individuo, desde su nacimiento hasta que es capaz de adquirir cierta autonomía. Por momentos se desdibujarán los límites de las actitudes corporeizadas que parecen tener que ver estrictamente con la infancia, veremos como éstas permanecen activas como recursos expresivos trascendentes durante toda nuestra vida.

Estudiaremos la importancia del relacionamiento cuidador- bebé, familiar y social para el desarrollo pleno del individuo. El surgimiento del espacio intersubjetivo que modula las interacciones sociales a nivel corporal y afectivo.

Apreciaremos la relevancia que tienen las terapias corporales, como la Danza Movimiento Terapia para la mejora del funcionamiento adaptativo y la rehabilitación de capacidades físicas y cognitivas. Especialmente en pacientes con capacidades diferentes.

Veremos como la DMT aporta herramientas de suficiencia social y personal que permiten una mejor adaptación y relacionamiento en el mundo en que vivimos.

Palabras clave

Desarrollo emocional, relacionamiento, intersubjetividad, experiencia corporeizada, socialización.

Introducción

*“Es a partir de otro que el cuerpo de un sujeto
se va construyendo y sabiendo de dicha construcción”
González (2009).*

En éstos últimos años diferentes teorías han intentado evaluar y explicar la importancia que tiene nuestro desarrollo emocional y su influencia en el relacionamiento entre los seres humanos.

Siguiendo esta línea intentaremos estudiar como la Danza Movimiento Terapia (DMT) puede llevar a la práctica estas teorías, dando herramientas para ejercitar y facilitar una mejora de nuestro relacionamiento con otras personas. Herramientas de suficiencia social y personal que permitan una mejor adaptación y relacionamiento en el mundo en que vivimos.

En este estudio basado en un caso clínico veremos la importancia de la estimulación temprana y la interacción entre el cuidador y su bebé; Por medio de diferentes teorías: La teoría de la relación tónico- emocional (Wallon, 1975), el sistema de neuronas espejo (*Mirror neurons*) (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi en 1996), la teoría del conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth, Bruschweiler-Stern, Harrison, Morgan, Nahum, Sander, Stern & Tronick, 1998), por último las teorías más recientes sobre el constructo de intersubjetividad (Gallagher & Hutto, 2008).

El propósito de este trabajo es analizar aquellos factores que intervienen en el desarrollo de nuestra capacidad relacional y como la DMT permite trabajar sobre carencias o fallos tempranos por medio de diferentes intervenciones como: *El relacionamiento terapéutico, el trabajo sobre la Conciencia corporal, Memoria corporal, Comunicación no verbal y Enacción, Empatía kinestésica y Entonamiento afectivo.*

Motivación Personal

Hace unos años comencé a interesarme en el estudio del desarrollo del individuo, entendiendo la importancia de tomar una perspectiva integradora bio-psico-social. Viendo la necesidad tomar una aproximación al ser humano en una sola dimensión, la humana. Concibiendo a la persona como una totalidad integrada por tres dimensiones: el cuerpo, la mente, y el mundo exterior, las cuales están indefectiblemente integradas (Pichón-Rivière, 1985, p.10).

Me identifico con lo que escribe Howard Gardner:

...cuando era joven el arte en general y la música en particular eran partes importantes de mi vida. En consecuencia, cuando empecé a pensar en el significado de la palabra 'desarrollo', preguntándome cual era el desarrollo humano óptimo, me fui convenciendo de que los especialistas de este campo tenían que prestar mucha más atención a las aptitudes y capacidades de los pintores, escritores, músicos, bailarines y otros artistas (2001, p.40).

Personalmente este interés se fue gestando de forma progresiva y en paralelo con mi historia de vida. Casi sin darme cuenta pasé de una formación rigurosa y estricta a otra donde el arte del movimiento y la creatividad se brindan a favor de la salud física y mental.

Durante mi práctica clínica en DMT pude comprobar los aportes que brindan el movimiento y la creatividad a personas que por diferentes circunstancias no han tenido oportunidad de crecer en un ambiente propicio, con un desarrollo pleno desde los primeros años de vida. Esto fue vivenciado en el trabajo con Juan, a través de sus cambios de actitud, mejoría de su capacidad de expresión y seguridad en sí mismo.

A nivel personal quizás por momentos también me sentí incomprendida, experimentando sentimientos de soledad y aislamiento similares a los de Juan.

Así surge la motivación de este estudio de caso que tuvo como detonante una interrogante que surgió en la clase de psicología del desarrollo: ¿Es posible mejorar a

través de la DMT aquellas carencias afectivas, de contención ó relacionales de los vínculos tempranos?

Como veremos más adelante Juan tiene una historia de vida que denota ciertas carencias a nivel del desarrollo temprano. Esto probablemente trajo como consecuencia dificultades en cuanto la conducta adaptativa y socialización en la edad adulta.

Tomando la definición de Retraso Mental de la *American Association on Mental Retardation* en 2002:

El Retraso Mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el rendimiento intelectual como en la conducta adaptativa que se expresan en las capacidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se inicia antes de los 18 años (Wiener & Dulcan, 2006, p. 218).

Esta definición deviene en la siguiente pregunta: ¿Es posible aportar a través de la DMT herramientas de suficiencia social que ayuden a mejorar la conducta adaptativa de pacientes con Retraso mental?

Lo que si sabemos según Wiener & Dulcan (2006), es que por definición el retraso mental no es necesariamente un trastorno de por vida. Algunos individuos pueden responder a los criterios de un retraso mental leve en años escolares a causa del fracaso en su aprendizaje académico, pero con atención y enseñanza pueden adquirir capacidades de adaptación e independencia hasta dejar atrás dichos criterios de retraso. Se sabe que los test de inteligencia han tenido desde su origen una tendencia a medir habilidades cognitivas de tipo matemático lingüístico, capacidades que tienen que ver con el hemisferio derecho, memoria narrativa explícita, etc.; pero no evaluaban otro tipo de inteligencias. Ya en 1977 McCall decía que los resultados de los test de inteligencia estaban claramente asociados con el rendimiento académico.

Por ello en los últimos años se ha visto la necesidad de ampliar el concepto de inteligencia desde lo estrictamente cognitivo e individual hacia lo comunitario, interpersonal y afectivo. Así las pruebas psicométricas a favor de las inteligencias múltiples han aumentado.

Las investigaciones del nuevo constructo de la inteligencia emocional han indicado que puede ser independiente de las puntuaciones que se obtienen en los test de inteligencia tradicionales (Gardner, 2001).

Así también en años recientes el interés en el rol del cuerpo y la experiencia corporeizada ha ido ganando mayor atención, en la medida que aporta información sobre nuestra individualidad, formas de apego e interacción del individuo con el mundo.

Varias teorías sobre investigación psicológica han dirigido su atención al cuerpo y la psique: Darwin (1872), Freud (1923), Reich (1949), Winnicott (1958), Bowlby (1958), Trevarthen (1979), Fuchs (1995), Lyons-Ruth, Stern et al, (1998), entre otros.

El descubrimiento del sistema de neuronas espejo nos ha llevado a las bases neurológicas de esto con más claridad (Tortora, 2011b). Estos nuevos descubrimientos apoyan el trabajo de diferentes disciplinas corporales, entre ellas la DMT no solo desde el punto de vista neurológico si no también demostrando la importancia que tiene el incentivar la creatividad y la imaginación dentro del proceso terapéutico. Esto permite que el paciente se sienta mejor consigo mismo y adquiera nuevas herramientas de seguridad personal para establecer un mejor relacionamiento con el mundo.

El énfasis en el proceso creativo desde un estado de conciencia corporal y comunicación es el componente fundamental en el campo de la DMT. Dada la prevalente naturaleza no verbal de la experiencia infantil y ciertas patologías como el autismo y el retraso mental, su metodología es de suma importancia para el campo de la salud mental, aportando actividades dentro del espectro de bienestar para el tratamiento terapéutico (Tortora, 2011b, p.1).

La historia de vida Juan estaba marcada por las dificultades familiares y socio-económicas que se habían manifestado desde antes de su nacimiento.

Era difícil encontrar una respuesta válida que explicara por qué no había recibido un soporte adecuado a su problemática, y justificar el ingreso a un centro dirigido a pacientes con patología psiquiátrica grave.

Muchas preguntas surgieron que me motivaron a profundizar en su historia:

¿Por qué pasaron tantos años para que Juan recibiera un tratamiento?, ¿y éste era el adecuado?

¿Su familia había recibido un buen asesoramiento y soporte en cuanto al cuidado de Juan y sus hermanos?

¿Se hubieran podido realizar intervenciones más tempranas?, Tal vez eso hubiera cambiado su evolución.

Y la pregunta más importante, podría yo una estudiante en práctica ayudar a Juan a través de la DMT?

Era un desafío muy importante. Dar lo mejor de mí, ofrecer una nueva oportunidad para el relacionamiento era lo más importante.

Metodología

Fundamentaremos nuestro trabajo en el estudio fenomenológico- experiencial de la memoria corporal y el sentido de corporeidad para la formación del significado (Summa, 2012).

La fenomenología (Husserl, 1984) principalmente se encarga del análisis descriptivo sistemático de la experiencia y de la correlación intencional entre nuestra conciencia y el mundo.

El experiencialismo y realismo corporeizado designa la teoría de cognición corporeizada propuesta por Lakoff y Johnson (1980,1999; Summa, 2012, p. 24).

Tomando en cuenta ambas perspectivas intentaremos analizar la experiencia terapéutica y de que manera los fenómenos experimentados dentro del trabajo terapéutico permiten generar un cambio en la vida de Juan.

A través de la memoria corporal, el pasado impacta en el presente y el futuro del sujeto, siendo enactuado en sus acciones, e informando sobre el desarrollo de la experiencia del sujeto sin que éste sea consciente explícitamente.

Según Merleau- Ponty (1945) la memoria corporal define nuestra intencionalidad operativa, incluyendo la totalidad de nuestras disposiciones perceptuales y comportamentales adquiridas (Summa, 2012, p.23).

Estudios fenomenológicos previos han destacado el rol de la memoria corporal implícita, en perfilar lo más básico de nuestras experiencias subjetivas e intersubjetivas. De esta manera Summa (2012) intenta demostrar que la memoria corporal participa en la construcción del significado perceptivo, definiendo aquello que es básico para la génesis de significados de mayor orden.

Así analizaremos en primera instancia la historia de vida, memoria corporal y corporeidad de Juan para luego integrarlo dentro de un análisis fenomenológico-experiencial del trabajo terapéutico.

El análisis de las diferentes teorías de relacionamiento entre los seres humanos y su puesta en práctica, nos ayudarán a reflexionar sobre los progresos en cuanto al proceso terapéutico y los objetivos de este estudio.

¿Porque un estudio de caso?

A través de su experiencia personal como explica Fuchs (2004), el terapeuta experimentado considera no solo los síntomas individuales y datos de la anamnesis, sino la impresión general que obtiene del paciente y su situación de vida. Cuanto más crece su experiencia más fácilmente podrá reconocer la patología, incluso en el primer contacto con el paciente. Así como también reconocer sus virtudes y trabajar sobre ellas para ayudar su paciente.

Tal conocimiento no puede ser completamente expresado en palabras. Ninguna película o libro de texto pueden sustituir nuestra propia experiencia de diagnóstico y su matiz particular.

Por otro lado un estudio de caso facilita el análisis fenomenológico (Summa, 2012). Evidenciando los cambios adaptativos del paciente por medio del análisis descriptivo del proceso terapéutico.

Para verificar las líneas conceptuales e hipótesis planteadas, desarrollamos un estudio cualitativo-fenomenológico basado en el seguimiento del proceso terapéutico de un paciente institucionalizado, durante 17 sesiones individuales de DMT.

El trabajo terapéutico se ha llevado a cabo en el contexto del segundo año de práctica clínica del Máster de DMT, Universidad Autónoma de Barcelona; Dentro de la Unidad de Rehabilitación psicosocial de un Centro Hospitalario.

Para la realización de este trabajo hemos utilizado transcripciones escritas de las sesiones y filmaciones del proceso terapéutico.

Objetivos

Objetivos generales: Estudiar las herramientas que aporta la DMT para promover una mejora en el relacionamiento del individuo.

Objetivos específicos: en aplicación práctica, evaluar los recursos aportados desde la DMT a un paciente a lo largo de su proceso terapéutico y sus efectos en el funcionamiento adaptativo¹ (tomando como base diferentes teorías sobre el relacionamiento humano).

Hipótesis

¿Cuáles podrían ser los aportes de la DMT en casos de carencia afectiva, contención ó dificultades relacionales en los vínculos tempranos?

¹El *Funcionamiento* o *Capacidad Adaptativa* se refiere a cómo afrontan los sujetos las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables para su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particular. Influida por distintos factores, características escolares, motivacionales y de personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como trastornos mentales y enfermedades médicas que puedan coexistir con el retraso mental (American Psychiatric Association, 2002).

I Revisión literaria

I.I Marco Teórico

Haremos un recorriendo a través de cuatro teorías ó conceptos: La Relación Tónico-Emocional, el descubrimiento del Sistema de Neuronas Espejo (*Mirror neurons*), la teoría del Conocimiento Relacional Implícito y el constructo de Intersubjetividad Primaria y Secundaria.

Intentaremos estudiar a través de ellas el desarrollo del relacionamiento humano y las emociones que lo modulan.

Comenzando por la relación entre dos conceptos corporeizados, la tonicidad y la emoción. A partir de aquí ver como este cuerpo y sus emociones funcionan dentro del contexto social y relacional en el que vivimos. Buscaremos el vínculo entre estas teorías y de que manera podemos llevarlas a la práctica.

Según Gallagher (2005) en el momento de nuestro nacimiento, nuestras capacidades humanas de percepción y comportamiento ya han sido moldeadas por nuestro movimiento.

La vida humana y el comienzo de la inteligencia comportamental que podemos ver en el niño no están solo medidos por manifestaciones físicas como procesos corporales, si no que son y están constituidos por estos procesos. El movimiento y el registro de ese movimiento en un sistema de desarrollo propioceptivo (el sistema que registra nuestro propio movimiento) contribuye al desarrollo de la organización de las estructuras neuronales responsables no solo de las acciones motoras, sino también de la manera que comenzamos a ser conscientes de nosotros mismos, comunicarnos con otros, y vivir en el mundo que nos rodea. De esta manera el movimiento perfila las líneas de intencionalidad y el gesto formula el contorno de cognición social (p. 1).

Un sentido perceptual primario de los otros está ya implícito en el comportamiento del recién nacido.

La imitación del bebé, depende no solo del contraste entre sí mismo y un otro, y una sensación propioceptiva del propio cuerpo, sino que también depende de una respuesta al hecho de que el otro es de la misma especie que uno mismo (Bermúdez 1996; Gallagher 1996; Gallagher & Meltzoff 1996).

El vínculo intermodal entre la sensación propioceptiva del propio cuerpo y el rostro que uno ve está ya en funcionamiento al nacer. En las primeras horas después de nacer, el bebé presta mayor atención a los estímulos visuales de alto contraste (Kessen, 1967). Y con una semana de edad, prefiere mirar formas muy marcadas, por ejemplo, una cara, en especial si está en movimiento (por ej., cuando asiente) (Fantz, Fagan & Miranda, 1975; Wiener & Dulcan, 2006).

De esta manera los bebés son capaces de imitar expresiones faciales de otras personas, internalizar los gestos y movimientos faciales que ven dentro de su propiocepción corporal (Meltzoff & Moore 1977,1989). Las modalidades motoras, visuales y propioceptivas están integradas en un espacio intermodal común o sentido común. Donde mi propio cuerpo y el cuerpo del otro son experimentados como similares. Existe una esfera de sensibilidad corporal y mutua resonancia que todos compartimos desde el comienzo de nuestra relación con los demás como sujetos corporeizados. De esta manera Fuchs (2001) explica lo que él cree que contribuye al desarrollo de nuestro sentido común.

Así para el niño, el cuerpo de otra persona representa oportunidades para la acción y el comportamiento expresivo, oportunidades que pueden ser alcanzadas a través de la imitación (Gallagher & Hutto, 2008).

La maduración temprana y el desarrollo de cada una de las capacidades innatas tienen enorme valor para la supervivencia del bebé. Estas funciones facilitan el apego y refuerzan la plena comunicación con su entorno.

Las funciones estrechamente unidas a la maduración del sistema nervioso central son más robustas y resistentes a las influencias ambientales que, por ejemplo, la capacidad de desarrollar relaciones, un extremo sensible a las influencias ambientales (Wiener & Dulcan, 2006).

La relación tónico- emocional

Antes del año, el comportamiento del niño presenta dos rasgos notables. Por un lado la impericia total de sus relaciones con el exterior, su imposibilidad de efectuar por sí mismo los actos más necesarios para su bienestar y su subsistencia, la indispensable necesidad que tiene del otro para cada una de sus necesidades.

Por otra parte, el desarrollo y la maduración precoz de sus manifestaciones afectivas, que son el acompañamiento exclusivo de todas sus versatilidades.

Las manifestaciones afectivas o emotivas tienen un poder que parece ser esencial y cuyos efectos están entre los primeros signos de vida psíquica observable en el lactante que sonríe ante la sonrisa de su madre y grita cuando oye gritar. Por intermedio de las reacciones que la expresan, la emoción de uno llega a ser la emoción del otro, sin que haya necesidad de otro motivo más que éstas mismas reacciones. La emoción establece así una comunión inmediata de los individuos entre sí, fuera de toda relación intelectual. Las relaciones interindividuales que ésta hace posible presuponen en cada individuo la estrecha combinación del gesto expresivo y la sensibilidad que le corresponde. Su desarrollo es en todo momento recíproco como explica Wallon (1975). Gracias a esta acomodación simultánea motriz y mental, gracias a esta plasticidad indivisible, puede junto a la emoción aparecer la conciencia. Sin embargo, al hablar sobre la conciencia y en específico la conciencia corporal existen diferentes puntos de vista como veremos más adelante.

El papel que esto juega en la vida psíquica se debe al dominio de la sensibilidad y del movimiento de donde nace la emoción, dominio de la sensibilidad y de las reacciones posturales. Implica tener dominio de las actitudes, es decir, de una actividad muscular que está más en relación con el cuerpo mismo que con los objetos exteriores.

Esta distinción responde a la que Sherrington (1906) hizo para la sensibilidad, la que dividió en sensibilidad propioceptiva y exteroceptiva.

La función tónica es la que mantiene en todo momento los músculos en la forma que han tomado y que le da un grado variable de consistencia.

Al ejercerse sobre todos los músculos del cuerpo regula constantemente sus diferentes actitudes.

Los estados de hipotonía o hipertonía de donde proceden las emociones se deben también a variaciones locales o generalizadas del tono, pues las modificaciones del tono y de las actitudes están ligadas a modificaciones de la sensibilidad afectiva. Entre ellas hay reciprocidad de acción inmediata. Así se especifican y se manifiestan las emociones para Wallon (1975, p.135-137).

Para entender de que manera se produce esta reciprocidad de acción inmediata entre el tono y la emoción André Lapierre (1997) distingue tres tipos de regulación tónica, las cuales se encuentran en interacción: *el tono postural*, *el tono de mantenimiento de los comportamientos motores* y *el tono afectivo* el cual acompaña a las modificaciones del estado de ánimo.

El tono postural es el que nos permite mantener el equilibrio de nuestro cuerpo regulando de forma automática las tensiones de los músculos antagonistas, en función del equilibrio y de los desequilibrios de los segmentos corporales. La actitud postural, más o menos erecta o desplomada, más o menos estable o desequilibrada, expresa inconscientemente las tensiones psíquicas, el estado de ánimo general y el del momento: agotamiento, alegría, tristeza, agresividad, dominación, sumisión, etc.

El tono de mantenimiento de los comportamientos motores: el acto motor necesita una coordinación global de la motricidad corporal. La corteza cerebral dirige el acto voluntario e intencional y son los centros automáticos (los núcleos de la base) los que regulan las tensiones tónicas que permiten armonizar los gestos y hacerlos eficaces. Esta regulación se realiza a partir de los circuitos neuronales originarios y circuitos constituidos a través de la repetición y el ajuste progresivo de la experiencia motriz. Un ejemplo de esto podría ser la representación de una secuencia coreográfica realizada por el bailarín, quizás la primera vez sea ejecutada a través de movimientos “brutos” ó inexactos pero por medio de repeticiones ó ensayos, los movimientos y gestos se van perfeccionando, quedando este nuevo circuito impreso en la memoria procedimental del bailarín.

A su vez estos centros automáticos están sometidos a la influencia del hipotálamo y del lóbulo límbico, los cuales añaden al acto motriz una connotación afectiva que no es necesariamente voluntaria.

El miedo, el enfado, la seducción, etc., modifican el gesto que se convierte en portador de un mensaje afectivo involuntario. La lectura del receptor, consciente o inconsciente, de este tipo de mensaje no verbal es uno de los elementos más importantes para la comunicación entre seres humanos.

El tono afectivo: las continuas modulaciones tónicas asociadas a las actitudes, desplazamientos y gestos se llevan a cabo en función de un tono general el cual se encuentra en relación con las tensiones psíquicas instintivas del momento. Existe un aumento del tono ó hipertonía cuando sentimos alguna necesidad (alimentaria, sexual, etc.) y una disminución del tono o hipotonía cuando estamos satisfechos (digestión, post-orgasmo, etc.).

También existe la hipertonía defensiva, que es una preparación somática a una reacción motriz ante el peligro. Ante un peligro externo, real o imaginario, o un peligro interno o impulso; El estar alerta y la hipertonía acompañante puede transformarse en algo permanente en ciertos estados de ansiedad o angustia. Es lo que denominó Reich (1949) como “coraza caracterial” (Lapierre, 1997, p. 156-157). Cuando un movimiento que quiere producirse es bloqueado, se produce una contractura muscular como manifestación de las defensas, tal como explica Lowen (1977); quien fuera discípulo de Wilhelm Reich y creador de la terapia psicocorporal denominada *Bioenergética*.

Marian Chace una de las principales pioneras de la DMT, trabajó en paralelo histórica y clínicamente con Reich. En los años 40' ambos estaban experimentando a través de intervenciones terapéuticas psicomotrices como herramienta para desbloquear pensamientos, ideas y sentimientos que ellos creían estaban contenidos en la musculatura en forma de rigidez (Levy, 1988, p.25).

Así Marian Chace decía:

El reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo, patrones respiratorios o niveles de tensión que se encuentran bloqueando la expresión emocional, provee al terapeuta de pistas para la secuencia de acciones físicas que permitirán desarrollar una disposición para la respuesta emocional; pero no es simplemente aprender un movimiento lo que conduce al cambio.

El cambio ocurre cuando el paciente está listo para permitirse a sí mismo experimentar la acción en su cuerpo (Chaiklin & Schmais, 1979, p. 17).

De esta manera Chace describe la importancia del reconocimiento por parte del terapeuta de los niveles de tensión y formas de operar del paciente para ayudar a éste a reconocer estos bloqueos; luego aceptarlos e intentar el cambio a través de la acción y el movimiento cuando éste sienta que está listo.

Helen Payne (2006) actualiza este supuesto, que la DMT se basa en el movimiento y la emoción en interacción recíproca. Para a través de esta relación, alcanzar una conexión más profunda con uno mismo. El terapeuta aprende a interpretar la expresión motriz del paciente, a relacionar sus movimientos con sus sentimientos, para que él mismo descubra sus sentimientos y tenga la oportunidad de experimentarlos desde el movimiento (Xia, Grant, 2009).

Sistema de Neuronas espejo

Hace 15 años un grupo de neurocientíficos de la Universidad de Parma dirigidos por Giacomo Rizzolatti descubrió y describió una población de neuronas en el área premotora del cerebro de los macacos, la cual se activaba no sólo cuando el mono realizaba ciertas acciones sino también cuando observaba las mismas acciones realizadas por otro individuo (mono u hombre). Estas neuronas fueron denominadas “neuronas espejo” (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996; Gallese, Mignone & Eagle, 2009). Posteriormente las mismas neuronas fueron descubiertas en el ser humano.

Este descubrimiento que ha permitido comprender mejor fenómenos como la empatía, la identificación, el desarrollo infantil, entender las intenciones ajenas, el autismo y posiblemente también la teoría de la psicoterapia (proyección, internalización, etc.).

Demostrando así que el individuo tiene una capacidad innata y preprogramada de internalizar, incorporar, asimilar, imitar, etc., el estado de otra persona; Así las neuronas espejo constituyen la base de esta capacidad.

Para conseguir la plena expresión de esta predisposición el niño necesita tener como complemento un adecuado comportamiento del cuidador que lo refleja, interactuando con él de manera coherente o previsible.

La calidad de la relación con el cuidador es muy importante, la capacidad por parte del cuidador de pensar y reaccionar lo más correctamente posible a los estados mentales del bebé le permitirá a éste desarrollar su capacidad de comprender sus propios estados mentales así como también entender a los demás (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Como han demostrado Gergely y Watson (1996) el cuidador funciona como un “biofeedback social” en el sentido que el bebé ajusta sus emociones controlando las reacciones del cuidador que las refleja, por ejemplo asignando un significado a una emoción, o percepción somática observando la respuesta afectiva de la madre (Sandler, 2002; Gallese, *et al.*, 2009).

Todo esto ha provocado objeciones acerca de la relevancia de las neuronas espejo en la inteligencia social y en particular, en la determinación de las intenciones ajenas (Jacob & Jeannerod, 2004; Csibra, 2004; Gallese, *et al.*, 2009).

Los estudios experimentales realizados por (Lacoboni *et al.*, 2005) permitieron evidenciar que la intención de una acción está estrechamente relacionada con el contexto en el cual se produce.

Según Gallese, *et al.* (2009) esto significa que al menos para acciones simples, por ejemplo la acción de tomar una taza, la atribución de intenciones se verifica automáticamente y es puesta en marcha por la activación obligatoria de un mecanismo de simulación corporeizada.

Sin embargo actualmente Froese & Fuchs (2012) han intentado estudiar la neuro-fenomenología de la interacción social, poniendo en relieve algunos desafíos que creen es preciso abordar para intentar interpretar la “teoría de la simulación” en términos de corporeidad.

En lugar de “*simulación*” ellos proponen el concepto de “*cuerpo extendido*”, una noción enactiva y fenomenológica que enfatiza la naturaleza socialmente mediada de la corporalidad. La hipótesis básica es que a través de nuestras interacciones mutuas con los demás nuestra vida y cuerpo vital están inextricablemente entrelazados en un todo dinámico, formando así un “cuerpo extendido”, a través del cual actuamos y encontramos el mundo juntos (Froese 2011).

Fundamentan citando a De Vignemont (2004) que las neuronas espejo no representan acciones desde una perspectiva abstracta, sino desde un punto de vista intersubjetivo. De esta manera, somos capaces de representar acciones perfiladas por otra persona como si fueran propias, involucrando así nuestra inferencia hacia el otro (p.109-110).

Argumentan que las neuronas espejo pueden utilizarse como soporte de la idea de que la percepción de otros es un proceso de *Enacción*, más que de simulación. Y expresan: si el entendimiento social implica la percepción del otro, si no hay una separación clara entre acción y percepción, entonces deberíamos esperar la participación de las neuronas motoras durante la percepción de la actividad de otras personas.

Así Fuchs & Froese (2012) explican que su trabajo surge sobre los principios básicos del cognitivismo el cual deriva de una fenomenología confusa, donde el estado de la mente de otras personas se supone están ocultas a nuestra experiencia perceptual y como consecuencia deben ser obtenidas por medio de algún mecanismo de “Teoría de la Mente” ². Por ello es importante clarificar la fenomenología de la intersubjetividad corporeizada, de tal manera que la posibilidad de tener una percepción directa de la presencia de otras mentes sea reconocida como un hecho experimental (Krueger 2012; Stout 2012).

Debería ser evidente, si aceptamos que la mente esta corporeizada, y que la dinámica de la intersubjetividad corporeizada puede dar lugar a un *cuerpo extendido*, que la mente también puede extenderse de una manera socialmente corporeizada. Extendiendo los límites de la experimentación corporal (Fuchs & Froese, 2012).

² El concepto de Teoría de la Mente o cognición es una expresión usada en filosofía y otras ciencias cognoscitivas para designar la capacidad de atribuir pensamientos e intenciones a otras personas. La palabra teoría tiene principalmente la acepción de 'conjetura', o *posibilidad de advertir*.

Conocimiento Relacional Implícito

The Change Process Study Group de Boston, es un grupo conformado por ocho autores que comienzan a reunirse a principios de 1995 para considerar como desarrollar y construir un lenguaje mediante el cual elaborar sobre el “algo más” necesario para catalizar un cambio en los encuentros terapéuticos. *Implicit Relational Knowing: its role in development and psychoanalytic treatment*, de Lyons-Ruth, Stern *et al.* (1998), artículo al cual nos referiremos, es una de las primeras presentaciones del intento de este grupo por reunir fuerzas conjuntas a través de la investigación en el desarrollo, diferentes teorías y la observación del proceso clínico.

Basándose en observaciones clínicas y del desarrollo, éstos proponen que los procesos de interacción a partir del nacimiento dan origen a una forma de conocimiento procedimental en relación a *cómo hacer cosas íntimas con otros*, al cual denominan conocimiento relacional implícito.

Este conocimiento difiere tanto del conocimiento verbalizable consciente, como del inconsciente dinámico.

El conocimiento relacional implícito de paciente y terapeuta se entrecruzan para crear un campo intersubjetivo que incluye percepciones precisas de la manera que tiene cada uno de estar con otros, registros ó percepciones que denominan como “verdadera relación”. Este campo intersubjetivo se hace cada vez más complejo y claro con repetidos encuentros entre el paciente y el terapeuta, permitiendo que surjan nuevas posibilidades de interacciones más coherentes y adaptables. Por medio de un evento transaccional al cual denominan como “encuentro momentáneo”, se cristaliza una nueva posibilidad diádica, cuando las dos personas alcanzan una meta dual de acciones complementarias apropiadas y reconocimiento intersubjetivo conjunto en una nueva forma.

Se plantea que dichos “encuentros momentáneos” cambian las anticipaciones relacionales de cada miembro, lo que permite nuevas formas de actuación y de experiencia compartida para ser expresadas y elaboradas (Lyons-Ruth, Stern *et al*, 1998, pp. 282-283).

Muchos pacientes recuerdan “momentos especiales” de auténtica conexión persona a persona con sus terapeutas.

Momentos que modifican el relacionamiento con éstos y por lo tanto el sentido de sí mismos. Estos autores creen que estos momentos de encuentro intersubjetivo constituyen una parte fundamental del proceso de cambio en psicoterapia.

Intersubjetividad

“Sobre el otro aprende el hombre a discernir”

El constructo de Intersubjetividad ha sido estudiado desde diferentes perspectivas, desde la psicología, el psicoanálisis, las ciencias sociales, y la filosofía.

Desde la filosofía Heidegger en 1927 hace referencia al “*ser-con*” (mit-sein) explicando que el sujeto no puede existir ni puede ser pensado sin estar en relación con otro (Gallese *et al.*, 2009).

Desde la psicología Stern (1985) explica que el proceso de compartir estados afectivos es el rasgo más general y más pertinente del relacionamiento intersubjetivo. Y formula las siguientes preguntas:

¿Cómo son los actos y procesos que permiten a otras personas saber que yo estoy sintiendo algo muy parecido a lo que ellos sienten?,

¿Cómo puedo “meterme” en la experiencia subjetiva de otras personas y hacerles saber que he llegado allí sin emplear palabras? (Stern, 1985, p. 173).

De esta manera pone de relieve el concepto de intersubjetividad afectiva y sus diferentes modalidades en la relación cuidador-bebé.

Desde el psicoanálisis Stolorow & Atwood (2004) refieren que la intersubjetividad pone el énfasis en “la interacción, la puesta en escena, la espontaneidad, la mutualidad y la autenticidad” (Mitchell, 1988), reconociendo a la experiencia subjetiva y su organización enmarcada dentro de un contexto intersubjetivo específico.

La apertura del espacio intersubjetivo expande los límites de la mente a la diversidad. La intersubjetividad postula la vida mental como una creación que se va co-construyendo a cada instante.

De esta manera establecen un modelo relacional de la mente (Mitchell, 1988) cuyo objeto de estudio es el campo interaccional creado por subjetividades en contacto.

Stolorow, Atwood & Brandchaft explicaron en 1994 que la *salud psicológica* pasó a ser concebida como una estructuración óptima o “la habilidad que tiene la persona saludable para lograr un balance óptimo entre el mantenimiento de su organización psicológica, por un lado, y su apertura por otro lado a nuevas formas de experiencia”.

Es decir, que sus estructuras psicológicas estén lo suficientemente consolidadas como para poder asimilar un amplio rango de experiencias del self y las demás personas, manteniendo su estabilidad e integridad. Pero que a la vez éstas estructuras sean lo suficientemente flexibles como para adaptarse a nuevas configuraciones de experiencia del self y los demás; De manera que la organización de la vida subjetiva pueda continuar su expansión en toda su complejidad y amplitud (Ávila- Espada 2009, p. 40).

Por su lado Fonagy & Target (2007) en su artículo “Playing with reality” exploran los aspectos interpersonales del desarrollo temprano dentro de la experiencia en la realidad externa y las raíces de esta experiencia en la intersubjetividad primaria. Argumentan que el mundo externo no es algo “dado” independientemente, que el niño debe descubrir. Sino que los niños adquieren el conocimiento del mundo no solo a través de sus propias exploraciones en él, sino usando otras mentes como maestros. La experiencia de la realidad externa dicen, está invariablemente moldeada por las subjetividades. Lentamente se va diferenciando la singularidad de su propia perspectiva para poder desarrollar un sentido del *sí mismo* (self).

Recientemente Gallagher & Hutto, (2008) argumentan que los enfoques de la Teoría de la Mente (TOM), como “Teoría, Teoría” y la “teoría de la simulación” ambos son problemáticos en lo que respecta al entendimiento de la intersubjetividad humana. Explicando que no representan nuestra forma primaria y principal de relacionarnos con otros, ni la verdadera base de nuestra comprensión psicológica popular.

La evidencia en cuanto al desarrollo demuestra que los niños son capaces de comprender el propósito de las intenciones de los demás a través de la percepción de los movimientos corporales, gestos, expresiones faciales, etc.

La noción de intersubjetividad primaria de Trevarthen (1979) permite proporcionar un marco teórico para la comprensión de estas capacidades.

Su noción de intersubjetividad secundaria muestra la importancia de los contextos pragmáticos para los niños comenzando alrededor del año de edad.

Las investigaciones recientes en neurociencia sobre los sistemas de resonancia (neuronas espejo, representaciones compartidas) también apoyan este punto de vista. Estas ideas se elaboran en el contexto de una “Teoría de Interacción” sobre la cognición social corporeizada.

Mucho antes de que el niño alcance la edad de cuatro años, las capacidades para la interacción humana y comprensión intersubjetiva ya se han producido por medio de prácticas corporales, prácticas que son emocionales, sensorio-motrices, perceptuales, y no conceptuales. Estas prácticas incluyen proto-mimesis³ (Zlatev, 2008), imitación, el análisis de las intenciones percibidas (Baldwin, Baird, Saylor & Clark, 2001), el intercambio emocional (Hobson, 2004), y generalmente los procesos que están bajo el encabezado de intersubjetividad primaria (Trevarthen, 1979). Estas prácticas corporeizadas constituyen nuestro principal acceso para comprender a los demás, y continúan siéndolo incluso después de adquirir nuestras habilidades más sofisticadas (Gallagher, 2001).

En muchas situaciones intersubjetivas, en situaciones de interacción social, tenemos un entendimiento perceptual directo de las intenciones de otra persona pues sus intenciones son expresadas explícitamente a través de sus acciones corporales y comportamientos expresivos.

Esta fenomenología de comprensión directa se hace posible a través del proceso neuronal descrito como el sistema de neuronas espejo y representaciones compartidas.

³ Zlatev (2008) denomina proto-mimesis por ejemplo al espejamiento neonatal, al contagio y la mirada mutua. Los cuales son ejemplos de intersubjetividad primaria.

Intersubjetividad primaria

Las capacidades primarias que desarrollan nuestra intersubjetividad primaria constituyen un modo de interacción inmediato, no- mentalizado. Los niños sin la intervención de la teoría de la simulación, son capaces de ver movimientos corporales como movimientos con un objetivo intencional y percibir a las otras personas como *representantes* de éstos movimientos. Esto no requiere habilidades cognitivas avanzadas, sino que es una capacidad perceptual “rápida, automática, irresistible y altamente dirigida por un estímulo” (Scholl & Tremoulet 2000, p. 299).

El niño sigue los ojos de la otra persona, y percibe varios movimientos de la cabeza, la boca, las manos, y movimientos corporales como movimientos significativos, dirigidos hacia un objetivo. Estas percepciones dan al niño al final del primer año de vida, una comprensión de las intenciones y disposiciones de las otras personas no conceptual, basada en la acción (Allison, Puce, & McCarthy 2000; Baldwin, 1993; Johnson 2000; Johnson, Slaughter & Carey, 1998).

La Intersubjetividad primaria también incluye la coordinación afectiva entre los gestos y las expresiones del niño y las personas con las cuales interactúa. Los niños “vocalizan y gesticulan de manera que parecen “sintonizar” o “entonar” (afectiva y temporalmente) con las vocalizaciones y gestos la otra persona (Gopnik & Meltzoff 1997, p. 131).

Los bebés de entre 5 y 7 meses detectan correspondencias entre la información visual y auditiva que especifica la expresión de las emociones (Walker, 1982).

Para Gallagher & Hutto (2008) la percepción de emociones en el movimiento del otro, no implica tomar una postura teórica o crear una simulación de un estado interno.

Sino que es una experiencia perceptual del comportamiento corporeizado (Bertenthal, Proffitt, & Cutting 1984; Moore, Hobson & Lee 1997).

Las capacidades involucradas en la intersubjetividad primaria sugieren que antes de estar en una posición de preguntarnos que es lo que la otra persona cree o desea, ya tenemos una comprensión perceptual específica sobre lo que sienten, si nos están prestando atención o no, si sus intenciones son amistosas o no, y así sucesivamente.

En la Intersubjetividad primaria hay una intencionalidad corporal común que es compartida entre el sujeto que percibe y la persona que es percibida.

Como indican Gopnik y Meltzoff (1997, p. 129), “de manera innata trazamos los movimientos de otras personas percibiéndolas visualmente en nuestras propias sensaciones kinestésicas⁴”, la evidencia a partir de investigaciones recientes en neurociencia social sobre las neuronas espejo y sistemas de resonancia apoyan este punto de vista.

La intersubjetividad primaria no es primaria en términos del desarrollo. Sino que sigue siendo primordial en todas las experiencias intersubjetivas cara a cara, y sustenta estas experiencias en etapas posteriores del desarrollo (Gallagher & Hutto, 2008).

Intersubjetividad secundaria (ó pragmática)

Las expresiones, entonaciones, gestos y movimientos, junto con los cuerpos que las manifiestan, conviven conjuntamente en el mundo, y pronto durante la infancia comenzamos a notar como los demás se relacionan con el mundo. Cuando los niños comienzan a vincular las acciones a contextos pragmáticos, entran en lo que Trevarthen (1978) denominó como “intersubjetividad secundaria”.

Alrededor del año de edad, los niños entran en *contextos* de atención conjunta, situaciones compartidas en las cuales aprenden qué significan las cosas y para qué sirven (Trevarthen & Hubley, 1978).

El comportamiento representativo de atención conjunta comienza a desarrollarse entre los 9 y los 14 meses (Phillips, Baron-Cohen, & Rutter, 1992).

En estas interacciones el niño observa el cuerpo y el movimiento expresivo del otro para discernir la intención de la persona o para encontrar el significado de determinado objeto. La intencionalidad es percibida en las acciones corporeizadas de los demás. Ellos comienzan a ver que los movimientos y expresiones de otras personas generalmente dependen de contextos significativos y pragmáticos, y que éstos median entre las personas el mundo que nos rodea.

⁴El sentido Kinestesico o Cinestésico: Está relacionado con el sistema Propioceptivo, es decir con el sentido del movimiento, la tensión muscular, posición, etc (Anttila, 2007).

Gallagher & Hutto (2008) explican que no existe una única forma a través de la cual nos relacionamos con otros, sino que nuestras relaciones tienen que ver con las circunstancias pragmáticas de nuestros encuentros. Estamos “atrapados” en éstas circunstancias pragmáticas, que ya existen en relación a otros, desde el principio (considerando por ejemplo la dependencia que tiene el niño de otra persona para alimentarse), incluso necesitamos un tiempo para ordenar que personas nos dan sustento y cuales se dedican a otro tipo de actividades.

Como hemos visto, los niños interactúan con otras personas y haciendo esto desarrollan nuevas capacidades en los contextos de éstas interacciones.

Si las capacidades de intersubjetividad primaria, como la detección de intenciones en el movimiento expresivo y dirección de la mirada son suficientes como para permitirle al niño reconocer relaciones diádicas entre sí mismo y el otro, o entre el otro y el mundo, un nuevo conocimiento se añade a su intersubjetividad secundaria.

Interpretamos las acciones de los demás en función de sus intenciones y objetivos dentro de un contexto situacional, en lugar de hacer una interpretación abstracta en función de su actividad muscular ó sus creencias.

Por ejemplo, nuestro entendimiento sobre la actuación de un mimo que trabaja sin utilería depende de su excelente habilidad para expresar sus intenciones a través del movimiento, pero también de nuestra familiaridad con el contexto situacional.

¿Pero de que manera se desarrolla nuestra intersubjetividad pragmática?

Un ejemplo podría ser lo que Daniel D. Hutto (2007) denominó como “hipótesis de la práctica narrativa”. Resaltando la importancia de la narrativa popular como ejemplo del comportamiento y forma de entender a los demás.

Distintos tipos de encuentros narrativos son los que nos permiten desarrollar nuestra competencia psicológica popular.

Las historias de aquellos que actúan por determinadas razones, por ejemplo narrativas psicológicas populares (*Los tres cerditos*, *Caperucita Roja*, etc.), proveen de un cuerpo de entrenamiento necesario para entender la razón del accionar de las personas (Hutto, 2007, p.53).

Así los niños adquieren sus habilidades para comprender las razones siendo expuestos e involucrándose en narrativas cuando éstas son apoyadas apropiadamente y activamente por sus cuidadores. Por ejemplo durante la narración de cuentos este apoyo activo se observa cuando a los niños se les pide que respondan a ciertas preguntas manteniendo su atención dirigida a eventos particulares. En el caso de las narrativas psicológicas populares esto involucra mantener una atención conjunta hacia términos mentalísticos como “desear”, “creer” y “saber o conocer”, discutiendo que es lo que saben, sienten y desean los personajes de la historia. A través de este proceso los niños aprenden cómo se comportan estos estados mentales en relación a cada uno y otros términos de la familia psicológica (Gallagher & Hutto, 2008, p.9-10).

De esta manera aprendemos a crear nuestras propias narrativas, narrativas de vida. La orientación narrativa es esencial para dar significado a nuestras experiencias. Dan un sentido coherente a nuestra historia personal, lo cual es vital para la propia identidad. La experiencia corporeizada puede y necesita ser redactada como explican Panhofer, Payne, Parke & Meekums (2012).

La integración psico- corporal nos proporciona otra forma para comunicar nuestra experiencia corporeizada, por medio de metáforas, imágenes y poesía. Nos ofrece una alternativa útil a la narrativa verbal, a través de prácticas perceptuales corporeizadas como el juego, el movimiento y la danza (Panhofer *et al.*, 2012, p.307). Otra práctica a través de la cual vamos desarrollando nuestra intersubjetividad pragmática.

I.II Intervenciones en DMT y su relevancia para el desarrollo emocional y relacional

Relación terapéutica

La Danza Movimiento Terapia implica el establecimiento de un proceso relacional entre al menos dos personas, tal como refiere Dosamantes-Alperson (1976). Este puede ser pensado como la construcción de un espacio relacional donde surge el encuentro entre subjetividades, intersección de perspectivas y emociones entre terapeuta y paciente (Fischman, 2008).

El Danza Movimiento Terapeuta se brinda al paciente física y emocionalmente. Establece una comunicación a través de canales sensomotrices, utilizando principalmente la expresión no verbal como explican Wengrower & Chaiklin (2008).

Experiential Movement Psychotherapists o “Psicoterapeutas experienciales en movimiento” como los llama Dosamantes-Alperson (1983) funcionan como artistas creativos meciéndose recíprocamente entre su intuición y su intelecto (p.155). Quizás por este motivo el DM Terapeuta se siente tan involucrado en ésta relación.

De este nuevo relacionamiento derivarán cambios en el movimiento, cambios psíquicos y alteraciones del comportamiento aprendido del paciente, como refiere Lewis (1984).

El relacionamiento terapéutico involucra el desarrollo del sentido común ó cenestesia (Fuchs 1995). La palabra *Cenestesia* deriva del griego κοινός, que significa común, y αἴσθησις que significa sensación.

La Real Academia Española © (2010, *En Línea*) define la *Cenestesia* como:

Sensación general de la existencia y del estado del propio cuerpo, independiente de los sentidos externos, y resultante de la síntesis de las sensaciones, simultáneas y sin localizar, de los diferentes órganos y singularmente los abdominales y torácicos.

Este término denota las sensaciones corporales internas, propioceptivas, pero también una unidad de los sentidos que ha sido re-descubierta a través de la investigación infantil reciente como *percepción sensorial intermodal*. El afecto por el cuerpo es así considerado como base común a todas las sensaciones (Fuchs, 2001).

El danza terapeuta trabaja y utiliza su propia cenestesia en beneficio del paciente, el cuerpo y los sentidos son su herramienta de trabajo. Le permite percibir una sensación o idea, procesarla en base a experiencias previas y elaborar una respuesta. Esto ocurre en milésimas de segundo de aquí que Fuchs (2001) equipare el sentido común como “conocimiento tácito”. El danza terapeuta intenta modular sus respuestas y su sentido común a través del trabajo tónico-emocional lo que le permitirá establecer un mejor relacionamiento con el paciente y al mismo tiempo servir de ejemplo a través de la acción.

Debe tener en cuenta la experiencia de vida de cada persona junto con sus percepciones las cuales serán escenificadas en la relación terapéutica. Las primeras experiencias de relacionamiento como la del cuidador- bebe serán *enactuadas* dentro de la relación terapéutica así como también en las nuevas relaciones establecidas a lo largo de nuestra vida (Lewis, 1984).

Como hemos visto Lyons-Ruth, Stern *et al.* (1998) han explorado la naturaleza de la experiencia corporeizada de las interacciones relacionales usando el término conocimiento relacional implícito. El cual describe una manera de saber implícitamente cómo estar con otros. Stern (1998) afirma que este conocimiento es no verbal, no-simbólico e inconsciente y que ocurre a través de experiencias corporales. Esta comunicación se genera en el momento inmediato a través del diálogo cuerpo a cuerpo, sin la necesidad de usar palabras, es multi-sensorial y basado en la acción (Tortora 2011a, p.7).

Thomas Fuchs (2004, 2012) da un paso más en el estudio del relacionamiento a través de la *memoria intercorporal*, que explicaremos más adelante, la cual se relaciona con lo que Daniel Stern denomina como conocimiento relacional implícito. Una memoria musical organizada temporalmente para los ritmos, las dinámicas y matices inaudibles que están presentes en nuestras interacciones con los demás.

Tomando este sentido rítmico relacional Schott-Billmann (2011) explica que el cuidador utiliza el ritmo como herramienta esencial para *humanizar* a su bebé. El cual pertenece primero al orden del cuerpo, donde el latido del corazón y la respiración son testigos de nuestra vitalidad.

La genialidad de la maternidad dice, es precisamente el uso de los ritmos naturales para introducir al niño en la cultura, es decir, hacia el lenguaje y las relaciones humanas.

De igual forma Françoise Dolto explicaba que el ritmo es pre- lingüístico, “un pre-significante temporo-espacial básico, y por lo tanto fetal” (Dolto 1989, p. 147), aludiendo así a la idea de un relacionamiento rítmico que se va gestando intra-útero, a través de la voz, el latido y la respiración materna.

El niño simultáneamente integra ritmos naturales y culturales; esta transición entre *naturaleza y cultura* (Schott-Billmann 2000, p. 46-58) se produce a través de la nutrición y la relación emocional con la madre o cuidador.

Inspirado en este saber ancestral el danza terapeuta organiza la transición para el paciente mediante el establecimiento de un espacio para el juego, lo que Winnicott (1971) denominó como “área intermedia” o “espacio potencial”, lo que abre el juego dentro de la fusión simbiótica. Esto permite descubrir la noción de alternancia en el corazón de la díada paciente-terapeuta así como en la díada cuidador-bebé.

De la misma forma compartiendo un ritmo común con el terapeuta, el paciente será capaz de descubrir el placer de las relaciones sociales (Scott- Billmann, 2011).

Establecer un buen relacionamiento terapéutico requiere de un importante trabajo personal por parte del terapeuta sobre su propia historia y conciencia corporal.

En este relacionamiento se toma en cuenta la expresión verbal y la dimensión *tridimensional* de lo corporal. Este espacio tridimensional es lo que Shahr-Levy (2012) denomina como espacio relacional, el lugar donde surgirán diferentes cualidades comunicativas en movimiento para dar paso al desarrollo de un nuevo relacionamiento.

Conciencia Corporal

Puedo aventurarme en afirmar que todos los demás seres humanos no son sino un haz o una colección de percepciones diferentes, que se suceden entre sí con una rapidez inconcebible, y están en un perpetuo flujo y movimiento (Hume, 2005, p. 355-356).

¿A que nos referimos cuando hablamos de conciencia corporal?

Quizás nos referimos a la toma de conciencia entre el “adentro” y el “afuera”, es decir entre nuestras sensaciones internas y el mundo exterior.

Quizás lo que podemos imaginar o entender por conciencia corporal abarca aquello a lo que tenemos acceso a través de la propia experiencia corporeizada y más allá del horizonte perceptible en nuestro espacio relacional con otros cuerpos.

Tal vez nos estemos refiriendo a esa incansable necesidad de encontrar una integración entre cuerpo y mente. La DMT toma esta premisa fundamental, la necesidad de una integración corporal y mental o experiencia afectiva como prerequisite para la mejora del estado de salud global del paciente (Stanton Jones, 1992).

El cuerpo es esencial para la psique, la cual surge como organización de la elaboración imaginativa del funcionamiento del cuerpo. Desde el punto de vista del individuo en desarrollo, el *self* y el cuerpo no están inherentemente superpuestos uno sobre otro y sin embargo es necesario para la salud que tal superposición se convierta en un hecho de modo que el individuo pueda ser capaz de identificarse con lo que es, estrictamente hablando. La psique gradualmente llega a un acuerdo con el cuerpo de manera que en materia de salud, existe eventualmente, una situación en la cual los límites del cuerpo son también los límites de la psique (Stanton Jones, 1992; Winnicott 1988, p.123).

Para Christine Caldwell ser consciente es centrar la atención, es el compromiso de estar en el momento presente, un estado de alerta.

Nuestro cuerpo alberga un sistema nervioso que se dedica a recibir estímulos, a interpretarlos y a organizar respuestas apropiadas. Dividido en dos categorías: el sistema nervioso autónomo (ó vegetativo) y el somático.

El sistema nervioso somático, está diseñado para responder a acontecimientos nuevos, imprevisibles y siempre cambiantes, nos permite resolver problemas, adaptarnos rápidamente y ser creativos.

Esta capacidad humana de utilizar la experiencia directa para conocer algo es lo que nos convierte en seres adaptables y creativos. En nuestra conducta influye también el modo en que hemos sido criados durante los primeros años de vida. Nuestras primeras experiencias determinan en gran medida qué consideramos importante para prestarle atención en un momento determinado (Caldwell, 1999).

Antonio Damasio (2010) refiere que el problema de la relación entre cuerpo y mente ha estado presente en el pensamiento de filósofos y científicos desde Descartes y Spinoza hasta nuestros días.

El cuerpo es el fundamento de la mente consciente. En el cerebro se representan los aspectos más estables de la función corporal, en forma de mapas que aportan imágenes a la mente. Las imágenes mentales del cuerpo que se producen en las estructuras encargadas de acotar en mapas la información sobre el cuerpo constituyen el proto sí mismo que perfila lo que será el sí mismo. Las estructuras del proto sí mismo tienen una relación directa con el cuerpo, formando un bucle de resonancia que solo se rompe con una enfermedad cerebral o la muerte.

Para él la clave está en la elaboración de mapas por el cerebro: Los cerebros complejos como los de los seres humanos elaboran de manera natural mapas explícitos de las estructuras que componen el cuerpo propiamente dicho. Estos mapas cerebrales explícitos son el sustrato de las imágenes mentales, como una capacidad de introducir literalmente el cuerpo como *contenido* en el proceso de la mente. Las imágenes del cuerpo acotadas en mapas tienen una manera de influir permanentemente en el cuerpo en que se originan (Damasio, 2010, p.147- 148).

Estudiaremos de la conciencia corporal tomando en cuenta lo que Soili Hämäläinen (2007) considera como la naturaleza del conocimiento corporal. Enfocándonos especialmente en la *percepción*, las sensaciones y sentimientos como fuentes y formas de conocimiento corporal.

Percepción

Percibir es el acto por medio del cual recibimos sensaciones a través de los sentidos. Así, la percepción se define como la sensación interior que resulta de una impresión material y captación realizada a través de los sentidos.

Merleau-Ponty (1945) decía que los sentidos juegan un papel muy importante en el desarrollo de nuestro esquema corporal.

Este esquema es la base de la *“intercorporeidad”*, como una esfera personal de comportamiento y entendimiento recíproco previo a cualquier consenso explícito y comunicación simbólica (Fuchs, 2001).

Recibimos información a través de nuestros sentidos desde nuestro medio interno y desde el medio exterior, las otras personas y el mundo (Cohen, 2003).

La percepción juega un rol central en la obtención del conocimiento corporal. No es un proceso del cerebro, sino una habilidad del cuerpo como un todo (Hämäläinen, 2007). Nuestra habilidad de percibir depende, y está constituida por nuestro conocimiento sensoriomotor. La DMT, la danza, y los diferentes acercamientos de lo corporal son entonces herramientas que nos permiten entender de que manera el movimiento perfila nuestra conciencia (Nöe, 2006). La información sensorial y perceptual se convierte en parte del repertorio de comportamiento, pudiendo volverse luego inconsciente.

Filtrar, modificar, distorsionar, aceptar, y rechazar forma parte del acto de percibir, es un *enfoque activo* que nos permite organizar lo percibido (Cohen, 2003; Hämäläinen, 2007).

Sensación

El acto de percibir utiliza los sentidos (oído, olfato, gusto, tacto) en su proceso. Ambos se relacionan a través de nuestro sistema nervioso.

Así podemos dividir los sentidos en externos: visión, oído, gusto, olfato y tacto; Y sentidos internos, como la propiocepción la cual nos da información sobre el equilibrio, la articulación del movimiento, tensión muscular y otras sensaciones corporales internas (Hämäläinen, 2007).

Sin embargo Gendlin (2002) psicoterapeuta experimental, afirma que nuestro cuerpo siente aquello que está detrás de él, sin verlo, escucharlo ni olerlo; *“Nuestro cuerpo detecta la situación de una forma más abarcativa que nuestra cognición”* (Gendlin 2002; Hämäläinen, 2007, p. 61). Así describe el *“sentido corporal”* o *“sentido indescriptible”* el cual abarca no solo lo que está allí, sino también el siguiente paso para enfrentar determinada situación, por ejemplo cuando estamos en una clase de improvisación y percibimos el acercamiento del compañero a la distancia aún sin verlo.

El sentido corporal se va desarrollando a lo largo de nuestra vida, por medio de nuestra práctica corporeizada.

Las sensaciones que sentimos de las emociones son percepciones mixtas de lo que sucede en nuestro cuerpo y mente cuando manifiestan emociones. Las sensaciones sentidas son *imágenes de acciones* más que acciones (Damasio, 2010, p.175).

Así podemos sentir una sensación y actuar en consecuencia: modificar la acción, postura, posición o actitud de nuestro cuerpo para permitirnos entrar un estado de confort corporal y psicológico. De manera que vivir en nuestros cuerpos sea algo natural, placentero y no algo difícil de llevar.

Sentimientos

Los sentimientos son una importantísima fuente de conocimiento corporal. Nuestras interacciones con el mundo, la naturaleza, los objetos, las personas y las situaciones se acompañan de sentimientos. Aunque con frecuencia nuestra conciencia sobre las sensaciones internas o sentimientos es imprecisa o confusa (Hawkins, 1991; Hämäläinen, 2007).

En lugar de ignorar o bloquear nuestros sentimientos, necesitamos respetarlos y aprender a ponernos en contacto con ellos. Intentar tomar consciencia de nuestros sentimientos y de las sensaciones corporales que los acompañan, investigándolas desde y a través del cuerpo puede ayudar a entendernos a nosotros mismos (Hämäläinen, 2007).

Damasio (2003) refiere que las emociones preceden a los sentimientos siendo la base de éstos (p.18). Enfatiza la base corporal de las emociones y que los sentimientos son representaciones mentales de eventos corporales. Estas representaciones ayudan a dar nombre a los sentimientos. La emoción de dolor o pena profunda surge primero dando lugar al sentimiento de pena profunda, y esto quizás traiga a la mente pensamientos en concordancia con la pena.

Percibimos nuestros cuerpos en diferentes estados cuando sentimos felicidad o tristeza (Damasio 2003; Hämäläinen, 2007).

Reaccionamos a cada objeto y evento a través de nuestras emociones y sentimientos que los siguen.

En su libro más reciente *Y El Cerebro Creó al Hombre* (2010) Damasio explica que los sentimientos de las emociones constituyen el siguiente paso en el proceso emocional: son la percepción mixta de todo lo que ha ocurrido durante la emoción: las acciones, las ideas, el estilo con las que las ideas influyen, lento rápido, relacionado a una imagen, etc. Por su parte Leila Keski-Loupa (2001) examina los sentimientos desde una perspectiva psicoanalítica. Enfatiza la importancia de los sentimientos cuando intentamos entrar en contacto con nuestro inconsciente.

Un sentimiento es la señal que determina cuando estamos volviéndonos conscientes de algo, nos muestra donde deberíamos detenernos para obtener un entendimiento más profundo de la situación.

Cuando estamos en contacto con nuestros sentimientos, estamos conectados con nuestro cuerpo y en contacto con las imágenes mentales que están detrás de éstos sentimientos (Hämäläinen, 2007). De ello surgirá un movimiento espontáneo, puro, el cual prescinde del control mental. Potenciando nuestra creatividad no solo en el trabajo terapéutico, sino también a nivel artístico.

Sabemos que el conocimiento corporal y las reflexiones mentales pueden entrecruzarse. Potenciando este relacionamiento quizás podamos facilitar la toma de conciencia propia, de otros seres humanos y nuestras situaciones de vida. Apreciando las dimensiones corporales de la conciencia podemos cambiar nuestras ideas sobre el conocimiento y el aprendizaje (Anttila, 2007).

Memoria Corporal

The body is not only a structure of limbs and organs, of sensations and movements. It is a historically formed body whose experiences have left their traces in its invisible dispositions...His experiences and dispositions permeate the environment like an invisible net that projects from its senses and limbs, connects us with the world and renders it familiar to us. Each perception, each situation is permeated by implicit bodily recollections (Fuchs, 2004, p. 8)⁵.

El cuerpo y los sentidos son el medio a través del cual el mundo es accesible y disponible al ser humano. Merleau-Ponty (1960) fue el primero en concebir el conocimiento corporal como una tercera dimensión entre el movimiento imaginado y la ejecución motora.

La memoria del cuerpo es una refutación al dualismo entre conciencia y cuerpo físico, por ello no es posible atribuirla a ninguno de éstos (Fuchs, 2012).

Las primeras teorías sobre el procesamiento de la información y memoria distinguen dos tipos de memoria: La memoria operativa o memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

Nos centraremos en la Memoria a largo plazo dentro de la cual podemos distinguir dos

⁵ El cuerpo humano no es solo una estructura de órganos y miembros, de movimientos y sensaciones. Es un cuerpo formado históricamente cuyas experiencias han dejado sus huellas en habilidades invisibles. Sus experiencias y su modo de ser impregnan el ambiente como una red invisible que proyecta desde sus miembros y sentidos, conectándonos con el mundo haciéndolo familiar para nosotros. Cada percepción, cada situación esta impregnada de recuerdos corporales implícitos.

subtipos: la Memoria Declarativa o Explícita y la Memoria Procedimental o Implícita. Ambas no son independientes si no que funcionan en conjunto.

La Memoria Declarativa o explícita, el “*saber qué*”, contiene recolecciones simples de información que puede ser reportada y descrita (Fuchs, 2004). Conocimiento de hechos, conceptos o ideas nodales las cuales tienden a estar localizadas en el tiempo (Caldwell, 2012).

La memoria Procedimental o Implícita, el “*saber cómo*”, está compuesta por una fusión de situaciones o acciones realizadas repetidamente (Fuchs, 2004), sin un sello temporal (Caldwell, 2012). Es el conocimiento que adquirimos sobre cómo realizar ciertas tareas, por ejemplo andar en bicicleta, leer, bailar, etc. (Anderson, 1983). De esta manera se convierte en un *saber cómo* tácito difícil de describir con palabras (Fuchs, 2004).

La memoria implícita no representa el pasado, sino que se re-escenifica en el curso de la ejecución corporal. Lo que hemos adquirido como habilidades, hábitos y experiencia, se ha convertido en lo que somos hoy; el conocimiento implícito es nuestro *pasado vivido*.

Así Fuchs (2004, 2012) describe seis tipos de memoria corporal los cuales forman parte de nuestra memoria implícita: *procedimental, situacional, intercorporal, incorporada, memoria del dolor y memoria traumática*.

No podremos ahondar en todas ellas, nos centraremos en el estudio de la memoria intercorporal, incorporada y memoria traumática, las cuales creemos perfilan de forma explícita nuestro relacionamiento. Y a su vez nos permitirán entender la problemática de Juan.

Memoria Intercorporal

Una de las situaciones más importantes son sin lugar a duda nuestros encuentros con otros. Tan pronto como entramos en contacto con otra persona, nuestros cuerpos interactúan causando sensaciones sutiles en ambos. Nuestros cuerpos se entienden entre sí, aunque no podamos decir exactamente como se produce.

Como hemos visto, Merleau-Ponty (1960) denominó a este campo de entendimiento corporal pre-reflexivo *intercorporalidad*. Estas interacciones corporeizadas están determinadas en gran medida por nuestra experiencia temprana, la cual podríamos

denominar como memoria intercorporal, que está implícitamente e inconscientemente presente en cada encuentro.

A través del progreso en la investigación del desarrollo, se ha demostrado que el desarrollo motor, emocional y social en nuestra infancia no se ejecuta por sendas separadas, sino que están estrechamente conectados dentro de un integrado esquema afectivo-motriz.

Desde el nacimiento la memoria procedimental de los niños va incorporando extractos de experiencias prototípicas, repetidas con personas significativas para ellos, adquiriendo así patrones diádicos de interacción, como “*esquemas de estar con*” o “*actuar con*” (Stern 1998): Yo con mi mamá que me alimenta, yo con mi papá jugando a la pelota, etc. Esto resulta en lo que Daniel Stern denomina conocimiento relacional implícito; un conocimiento corporal de cómo relacionarnos con otros, cómo divertirnos con otros, cómo demostrar placer, captar la atención, evitar el rechazo, etc.

Esta intercorporalidad temprana tiene efectos a largo plazo, las interacciones tempranas se convierten en estilos de relacionamiento implícito que forman nuestra personalidad.

Como resultado de un proceso de aprendizaje comparable con la adquisición de habilidades motoras, las personas darán forma y pondrán en práctica sus relaciones de acuerdo a los patrones que han extraído de sus experiencias primarias.

El cuerpo contiene un extracto de nuestra historia experiencial con otros almacenada en nuestra memoria intercorporal.

La estructura de la personalidad corporeizada puede considerarse como una posibilidad de campos procedimentales que se activan en nuestros encuentros con otros, surgiendo así ciertos tipos de comportamiento.

Por ello la estructura corporeizada de nuestra personalidad se hace más accesible en el encuentro intercorporal actual, “en el aquí y el ahora”, el cuerpo vivido puede ser entendido solamente por otros cuerpos (Fuchs, 2012, pp.14-15).

Memoria Incorporada

La memoria incorporada tiene que ver con el desarrollo de nuestra personalidad corporeizada. Fuchs (2012) explica que la formación de ésta memoria no tiene que ver sólo con las interacciones pre-reflexivas sino también con incorporaciones de hábitos o actitudes que toman los niños de otras personas. Como hemos visto antes, esto sucede a través de la imitación corporal y la identificación. Los niños incorporan por medio del juego, actitudes y roles de otras personas a través de la identificación mimética (imitación del modo de hablar, gestos y ademanes).

Así el cuerpo adquiere un significado externo, transportando símbolos y roles sociales, ya sea en la pose, la vestimenta, etc.

Convirtiéndose en el transportador del *hábito* (Bourdieu, 1990); Disposiciones sociales aprendidas, habilidades, estilos, formas de actuar que usualmente son asumidas, adquiridas a través de actividades y experiencias de la vida diaria (Fuchs, 2012, p. 16).

Entonces si la intercorporalidad temprana y las interacciones tempranas se convierten luego en la forma a través de la cual nos relacionamos con el mundo, perfilando nuestra personalidad, ¿que pasa cuando un niño no puede sentir esta intercorporalidad con su cuidador? Es muy probable que si estas interacciones tempranas son inadecuadas o pobres en su contenido el niño no pueda incorporar herramientas que le permitan relacionarse con otros niños. ¿Y cómo se desarrollará su personalidad?, su manera de ser, de sentir, de hacer si no hay un testigo permanente que sirva como ejemplo para la identificación.

Teniendo en cuenta que el desarrollo del niño transita diferentes etapas biológicas, y la importancia de que éstas sean transitadas una a una y en determinado momento de la vida, ¿Quiere decir que pasadas éstas etapas de la infancia no será posible adquirir nuevas formas de relación con el mundo?, ¿quiere decir esto que en la adultez no es posible modificar nuestra manera de sentir, nuestra intercorporalidad a través de nuevos encuentros con otros?

Si bien sabemos que existe mayor flexibilidad o plasticidad del cerebro humano durante los primeros años de vida (Gardner 2001; Diamond & Hopson 1998; Greenough, Black & Wallace 1987), pensamos que no es imposible modificar nuestra memoria corporal y actitudes aprendidas en la adultez.

La diferencia que creemos existe entre la infancia y la adultez es que en la primera el cuerpo funciona como un óleo en blanco donde todos los colores podrán ser utilizados, todo está a punto para ser experimentado. En la adultez tenemos un óleo usado, es decir un óleo que ya tiene su propia historia sobre la cual se podrá volver a pintar.

Por ello el danza terapeuta tiene en cuenta no solo la historia de vida del paciente sino también su memoria corporal, funcionando como “restaurador” de la obra original para dar lugar a una nueva creación.

De alguna manera esto es lo que sugieren Koch & Harvey (2012) a través del trabajo con la *memoria traumática*.

Explican que la DMT debe facilitar el pasaje a través de memorias corporales dolorosas e inquietantes para ayudar al paciente a crear narrativas verbales y no verbales, y así ayudar a superar vivencias traumáticas. Esto sucede frecuentemente en sesiones individuales, aquellas sesiones que guían al paciente a través de su historia de vida traumática pueden ser muy satisfactorias (Caldwell 2010; Hofmann 2005; Rothschild 2000). Además de contener memorias negativas, el cuerpo es un reservorio de memorias positivas. Estas memorias corporales positivas necesitan volver a accederse para experimentar el cuerpo como recurso. La DMT trabaja desenredando la asociación entre cuerpo y trauma, restableciendo la propiedad original, así como también permitiendo experimentar nuevos sentimientos corporales positivos.

Los aspectos cualitativos del estilo de movimiento de un individuo revelan información sobre su desarrollo emocional, social, físico, comunicativo y cognitivo (Tortora, 2011b, p. 2). La postura visible y el comportamiento del cuerpo son el resultado de patrones de interacción adquiridos tempranamente en nuestra vida que continúan modelando nuestras relaciones presentes de una manera implícita e inconsciente.

De esta manera podemos ver que la memoria corporal es el portador subyacente de nuestra historia de vida y eventualmente de nuestra forma de ser en el mundo (Fuchs, 2004/2012).

Empatía kinestésica y Entonamiento afectivo

La empatía es la capacidad de una persona de comprender a otra. Implica saber qué siente el otro, conocer su situación y accionar en consecuencia. Surge del encuentro de elementos comunes a la experiencia de empatizador y empatizante, para luego reconocer y tolerar las diferencias (Fischman, 2008, pp. 89-90). Comprender lo que vive o siente el otro, no solo sus afectos, sino su estado del ser: la historia de sus deseos, sentimientos y pensamientos, así como también las fuerzas y vivencias que se expresan en su conducta (Anthony & Benedek 1983; Fischman, 2005).

Así podríamos distinguir dos tiempos en la experiencia empática desde el punto de vista del sujeto que empatiza.

Primero un momento de fusión afectiva, en el que éste siente en su propio cuerpo, el estado afectivo del otro. A este momento lo llamamos de “comunidad” o “resonancia” donde se experimenta un sentimiento en común cuyo grado de similitud o intensidad puede variar pero nunca medularmente. Instante en que sujeto y objeto pierden sus diferencias y divisiones. En el segundo momento el que empatiza se reconoce como diferente, es el momento en que emerge el aspecto cognitivo, la reflexión acerca de la experiencia que vive el sujeto con el que ha empatizado, a la vez que percibe su propio estado, su propio ser (Fischman, 2005). Esto puede ser vivenciado de una forma más racional, por ejemplo en una charla o en un modo pre-reflexivo cuando bailamos con alguien. En la práctica de Contact Improvisación por ejemplo, danzamos con diferentes parejas, tríos, etc., con los cuales establecemos un contacto empático necesario para soportar el peso, levantar, saltar, rolar, en definitiva encontrar puntos de apoyo y de encuentro con el otro. En el Tango también establecemos un contacto empático necesario para encontrar la musicalidad comunicativa. De esta manera se establece un entendimiento no verbal, pre-reflexivo, libre de prejuicios que irá variando y modificándose in situ.

La vivencia de sentir que alguien ha entrado en contacto con la propia sensibilidad haciéndola suya por un instante, posibilita valorar y tolerar luego la otredad de quien ha

aceptado y respetado la identidad propia de una manera no crítica sino con total receptividad (Fischman, 2005).

Para que exista un intercambio intersubjetivo acerca de los afectos, la imitación estricta por sí sola no basta. Tienen que producirse varios procesos.

En el caso del *entonamiento* cuidador- bebé el primero tiene que poder leer el estado afectivo del niño en su conducta abierta. Luego debe poner en ejecución alguna conducta que no sea una imitación estricta, pero que corresponda de algún modo a la conducta del bebé. El niño debe poder leer la respuesta del cuidador como teniendo que ver con su propia experiencia emocional y no como una imitación. En presencia de estas tres condiciones los estados emocionales de una persona pueden ser conocidos por otra y así sentir ambas que se ha producido una interacción.

Cuando el niño tiene más o menos nueve meses el cuidador comienza a agregar una nueva dimensión a la conducta de tipo imitativo, coordinada con el nuevo estatus del niño como compañero intersubjetivo.

Entonces la conducta comienza a ir más allá de la imitación verdadera, lo que Stern (1985) denominó como *entonamiento afectivo*⁶. Esta importante primera relación es primariamente un evento no verbal. Así, la DMT utiliza la dimensión no verbal del desarrollo utilizando la técnica de “*mirroring*” o espejamiento del movimiento del paciente (Stanton Jones, 1992).

Algo semejante al *entonamiento afectivo* describe Trevarthen en 1986 como “Musicalidad”, en el juego entre cuidador y bebé, como mimesis, ritmo y simpatía en el aprendizaje cultural.

Explica la reciprocidad que existe en la sincronización rítmica y la equivalencia somática de los movimientos (simpatía mimética), que caracteriza al cuidador y su bebé cuando

⁶ En Inglés *affect attunement*, esta expresión también se ha traducido como “sintonía afectiva”. Sin embargo el sentido figurado de la palabra “sintonía” sugiere una coincidencia afectiva de hecho, o bien la mera comprensión intelectual o intuitiva del afecto bebé. El concepto de Stern implica además alguna conducta de acompañamiento activo como cuando alguien se suma a un coro tratando de “entonar” (en analogía al “entonamiento”) (Stern, 1985, p.175).

interactúan. Promoviendo el cambio de turnos, lo que requiere motivos organizados y coherentes de ambos participantes.

Así Trevarthen & Malloch (2000) refieren que la expresión corporal y vocal es muy poderosa en el manejo de las relaciones humanas por lo que merece una mejor denominación.

Denominándolo como Musicalidad Comunicativa (*Communicative Musicality*). Esto dicen, es volver al concepto integral de la actividad humana emotiva y emocional contenida en el original griego de la palabra "mousike", el cual ha sido aplicado a todas las artes temporales, no sólo a la transmitida a través del sonido.

Utilizando el *entonamiento afectivo* y la *musicalidad comunicativa*, los danza terapeutas se entrenan en una gran cantidad de coreografías no-verbales de las relaciones, incluyendo empatía kinestésica⁷, espejamiento afectivo e intencionalidad en el movimiento. El relacionamiento terapéutico en movimiento ofrece un camino para descubrir, desarrollar ó cambiar patrones de relacionamiento interpersonal. Estos patrones se desarrollan a nivel corporal durante la infancia y determinan aspectos centrales de la personalidad y del repertorio de comportamiento en el adulto como hemos visto antes (Levy 1988/2005; Stanton-Jones 1992; Pylvänäinen, 2012).

⁷ Mary Withehouse, pionera en DMT y creadora de la técnica denominada *Movimiento Auténtico*, describe un término técnico para la sensación del propio movimiento, denominándolo como sentido Kinestésico. El sentido Kinestésico es la sensación que nos acompaña e informa de nuestro movimiento corporal. Pudiendo ser despertado y desarrollado usando cualquier tipo de movimiento, volviéndose consciente cuando se encuentra una conexión interna (Pallaro, 1999, p.44-46).

Comunicación no verbal y Enacción

Es principalmente a través de las dinámicas no verbales del relacionamiento que el cuidador y su bebé se observan, sintonizan y se espejan mutuamente. Primero comienzan a conocerse a través de intercambios no verbales. Ésta comunicación cuerpo a cuerpo, que Winnicott (1964/1987) señaló como elemento primordial en la relación madre e hijo, es uno de los principios fundamentales a través del cual trabajamos con los pacientes (Tortora, 2011a, p. 6).

Refiriéndose a la experiencia corporalizada entre el bebé y su cuidador, explica que los aspectos no verbales del comportamiento pueden ser muy abiertos o sutiles. Pero la clave está en considerar cómo las cualidades no verbales de estos comportamientos afectan al desarrollo de su relación (Tortora, 2011b).

Las artes creativas y psicoterapias no-verbales como la DMT permiten el acceso, dan forma, e integran experiencias, memorias y emociones que no pueden ser directamente verbalizadas. La imaginación y las expresiones artísticas son vistas como metáforas o símbolos de la situación interna de los individuos- por ejemplo memorias de trauma, conflictos, déficits, y la mitología de acuerdo con la teoría psicodinámica. Pero la imaginación también contiene un último elemento importante: las fortalezas y recursos con los que cuenta el individuo (Körlin, Nybäck & Goldberg, 2000, p. 333).

Los danza terapeutas trabajan para hacer lo implícito consciente, pero también con lo implícito en sí mismo. En DMT hacer consciente el contenido implícito es uno de los objetivos del tratamiento. Los momentos en los que ocurre este “hacer consciente lo implícito” son reconocidos como momentos significativos en terapia.

Éstos momentos significativos son definidos como “aquella parte de la sesión donde el terapeuta cree que hubo un evento significativo el cual promovió el desarrollo de la relación terapéutica ó un avance del proceso terapéutico” (Campbell, Bianco, Dowling, Godberg, McNab & Pentecost, 2003, p. 420)⁸.

⁸ Traducción realizada por la autora de la Tesina

Un momento significativo es definido además como un momento en terapia donde se produce un *insight* (Elliott *et al.*, 1994, p. 450), el cual consta de cuatro elementos: la visión metafórica, la conexión generada, lo repentino y la novedad (Elliott *et al.* 1994; Kolter *et al.*, 2012, p. 204).

De esta manera, la DMT puede ser considerada como un acercamiento *enactivo* a la psicoterapia, como explican Koch & Fischman (2011). *Enaction*, del verbo *to enact*, empezar a hacer, ejecutar o actuar (Varela, 2002), concibe el conocimiento como acción en el mundo (Koch & Fischman, 2011, p. 59). El término *Enacción*, sintetiza el sentido de eficacia de la DMT, que opera sobre el repertorio de movimiento del paciente, acercándolo a la conciencia y ofreciendo una oportunidad para ampliar el repertorio de movimiento a través de nuevas experiencias intersubjetivas (Fischman, 2008).

Un *Enactment* es siempre un *enactment* mutuo (Stern, 2008, 2010), resultado de una participación conjunta (Bass, 2003) y de una combinación variable de las psicologías del paciente y el analista (Bonovitz, 2007). Una puesta en escena corresponde entonces, a una forma particular de interacción, co-construida por el paciente y el terapeuta, que implica contribuciones inconscientes de ambos.

Las escenificaciones pueden ser definidas como una forma particular de comunicación no-verbal (Zanocco, de Marchi & Pozzi, 2006) el terapeuta recibe información por medio de la experiencia sentida (Black, 2003, p. 634), una comunicación no-verbal diádica que se manifiesta simbólicamente a través de movimientos motrices (Frayn, 1996, p. 201). Escenificaciones poderosas del proceso intersubjetivo que se manifiestan como expresiones inevitables de estados del self, patrones relacionales complejos y en gran medida inconscientes (Sassenfeld, 2010).

II Juan

Historia y situación clínica

Juan nació el 4 de noviembre de 1978 en Barcelona, España. Es soltero y no tiene hijos.

Realizó estudios de primaria incompleta y formación profesional en automoción que abandona al poco tiempo de comenzar.

Al parecer nunca había realizado ningún trabajo remunerado.

Juan ingresa en 2011 al Centro Hospitalario por presentar: aislamiento, falta de iniciativa y lenguaje espontáneo. Apatía, falta de autonomía y alto nivel de ansiedad frente a situaciones nuevas. Gran dependencia de su familia, abandono del autocuidado, e incapacidad para salir solo de su domicilio. Pobre conciencia de su problemática.

Había tenido dos ingresos previos en 2008 y 2010 en el área de rehabilitación psicosocial del mismo centro.

En su primer ingreso en el Centro Hospitalario en el 2008, acude con su madre con derivación de su médico de cabecera. Presentaba un aspecto descuidado y un gran aislamiento social. Su médico refería que Juan no salía de su casa desde hacía tres años, por miedos.

Nunca había realizado algún tipo de trabajo remunerado y no tenía relaciones sociales en aquel momento. Presentaba ciertos temores, por ejemplo a salir a la calle.

El motivo de su ingreso fue la exploración e identificación de las afectaciones que componen su patología, promover sus capacidades funcionales globales, procurar

establecer, desarrollar y mejorar aspectos volicionales, así como también las conductas psicosociales vitales. Procurar la toma de conciencia de enfermedad, progresar en la adherencia al tratamiento y estimulación neurocognitiva.

Historia Personal y Social

En una entrevista realizada por el médico tratante a la madre de Juan durante el primer ingreso en 2008, su madre explicó que no había presentado problemas de salud durante la gestación de Juan. No había sido un embarazo buscado o deseado. Estaban atravesando una mala situación económica y aquel no era un buen momento para la familia.

El parto fue en podálica, complicado con fórceps. Recibió lactancia materna hasta los 16 meses. No presentó durante ese período enfermedades, excepto procesos respiratorios banales.

Comenzó la escuela a los tres años, presentando problemas de adaptación hasta los cinco y siete años. Su madre explicó que Juan era muy callado y le costaba acudir a la escuela, lloraba para no ir y también cuando estaba allí.

Jugaba en casa con sus hermanas. Le gustaba jugar con un cochecito y mirar dibujos animados. No iba a casa de sus compañeritos, ni ellos venían a su casa.

Entre los 6 y los 14 años la constante era: “*No quiero ir a la escuela*”, “*me aburro*”, lloraba mucho y le costaba ir.

Consultó por primera vez al psiquiatra a los 9 años por retraimiento, concurrió dos veces por semana y no recibió tratamiento farmacológico.

A los 14 años fue derivado al Centro de salud mental infanto- juvenil por dificultades de aprendizaje y recibió tratamiento con Logopeda.

Entre los 14 y 15 años comienza una Formación Profesional en automoción, elegida por él. En ese mismo período comenzó a estar muy aplanado y lo llevaron a la Cruz Roja.

Allí recibió tratamiento psiquiátrico por rasgos de personalidad disfuncionales y falta de resultados académicos.

Empieza a mejorar, a tener ganas de hablar, a salir solo y con amigos. Comienza a relacionarse con malas compañías. Un día roba con amigos una caja de Pizza de un repartidor de moto, es visto por la policía y lo detienen durante 6 días. En otra ocasión

entra en un coche y se queda en el mismo durante horas, por lo que es conducido a la comisaría 24hs y luego liberado sin acusación.

A partir de allí sentía muchos temores y estuvo al parecer tres años sin salir de casa. Se quedaba en casa con sus padres y su hermana mirando TV.

Hace unos seis años los amigos implicados en el robo comenzaron a amenazar a Juan con hacerle daño si lo veían en la calle y le robaron un pajarito que tenía en su casa. Desde entonces comenzó a tener miedo a salir a la calle y a encerrarse en la casa por temor.

En el 2009 en una entrevista con su hermana Olivia ésta explicó que en su casa siempre pensaban que Juan era un “buen niño”, que “no molestaba”. Explicó que Juan siempre había sido retraído. Olivia pensaba que sus padres y ella no le habían prestado suficiente atención y quizás esto lo retrajo aún más.

Antecedentes Familiares

Juan es el tercero de cuatro hermanos.

Su Hermana mayor presenta un 65% de disminución intelectual.

Su segunda hermana (Olivia) con la cual mantiene buena relación, padece Anorexia y Trastorno Obsesivo compulsivo.

El hermano pequeño es politoxicómano, y ha tenido estancias prolongadas en prisión y conductas disruptivas durante la convivencia familiar.

La madre de Juan se encuentra en tratamiento por trastorno depresivo.

El padre es jubilado, padece desde hace años artrosis de cadera y trombosis venosa profunda de extremidades inferiores.

Su madre ha padecido episodios de depresión primero durante el embarazo de Juan y otro en el 2000 reactivo a muerte de un tío; este último tuvo un año de duración. Otro episodio depresivo en 2007 por retirada de la medicación.

Juan vive con sus padres y su hermana Olivia.

El padre de Juan no tiene mucha relación con él. Su referente principal es su madre.

Su familia le brinda cobertura de las necesidades primarias básicas, sin embargo se aprecia falta de motivación y estímulos para trabajar carencias y soporte insuficiente.

Minimizan lo patológico de la conducta de Juan y presentan dificultad para poner límites.

La convivencia familiar ha estado marcada por la patología del conjunto y a veces complicada por conductas disruptivas de su hermano toxicómano (Información obtenida del historial clínico del centro Hospitalario).

Sumario Diagnóstico

El sumario diagnóstico de Juan en su último ingreso el 09/02/2011 era el de Esquizofrenia Inespecificada (295.0) (CIM-9-MC) y Retardo Mental leve-moderado.

Examen conductual y de las facultades psíquicas.

De la evaluación realizada por su psicóloga tratante, al alta de su primer ingreso en 2009 se destaca:

En el área neuro-psicológica: No se evidencian indicadores significativos de disfunción orgánica cerebral en el test de Bender; presencia de disfunción difusa en el hemisferio izquierdo, debido a puntuaciones bajas (muy por debajo de la media) en el test de Stroop.

Se observa déficit cognitivo en cuanto a las capacidades de velocidad de procesamiento de la información, discriminación de detalles, habilidades numéricas de cálculo y capacidad de concentración, el pensamiento lógico y el nivel de vocabulario.

Con un coeficiente intelectual de 55 puntos para el momento de la evaluación, que corresponde con un nivel muy bajo, para la media del grupo de edad al que pertenece. Se encuentran comprometidas las capacidades de memoria de trabajo y capacidad de aprendizaje.

En la escala Wechsler de memoria se pudo apreciar que el paciente posee un bajo nivel de aprendizaje audio-verbal. Le cuesta retener información a corto y mediano plazo, en cuanto a textos leídos y memoria visual de escenas. Es capaz de retener cerca del 50% de la información (memoria inmediata de rostros).

En cuanto al test de Figura de Rey se observa una gran dificultad para retener información visual de tipo gráfico, siendo incapaz de reproducir la figura que había recordado de manera inmediata, al cabo de tres minutos.

Evaluación Psicológica

En las diferentes evaluaciones realizadas en sus ingresos se destaca que Juan tenía una personalidad de tipo introvertida, con tendencia importante al retraimiento, dificultades importantes para ser el centro de atención, marcada ansiedad y retracción. Dificultad para expresar sus sentimientos, afectos, y ser asertivo. Era llamativa su falta de iniciativa y lenguaje espontáneo. Que se expresaba en forma de latencia pregunta- respuesta y con monosílabos “*sí, no, no sé*”.

Aplanamiento del estado anímico, sin embargo negaba sentir tristeza. Apático y pasivo en su actitud, pero manteniendo siempre el contacto visual.

Sufría de aislamiento social importante y ansiedad ante situaciones nuevas o que le generaran temor. Probablemente este aislamiento social había contribuido al empobrecimiento cognitivo y verbal, es decir una dificultad en la capacidad de simbolización. Esto obstaculizaba además la toma de conciencia de enfermedad.

Era muy dependiente de su familia y tenía dificultad para colaborar con la organización familiar. En su casa era reacio a la toma regular del tratamiento, aunque lo aceptaba con supervisión familiar. Mantenía autonomía en cuanto a la higiene y el autocuidado, que generalmente no lleva a término por falta de iniciativa y voluntad.

Programa de tratamiento propuesto

En su último ingreso en 2011 en el servicio de rehabilitación psicosocial, se decide: Instaurar programa de actividades a los que asista para comenzar a relacionarse, hablar, etc. y rutinas para la creación de hábitos para desarrollar las AVD (actividades de la vida diaria): *adquisición de habilidades sociales y desarrollo de las AVD por lo que se da ingreso al área de rehabilitación, con permisos los fines de semana a su domicilio.*

*Trabajar su autocuidado, las relaciones sociales y el aumento de su autonomía.
Fomentar adherencia a actividades formativas o laborales.*

Evolución

Informe de evolución de Juan realizado por la psicóloga del área de rehabilitación psicosocial, en el Centro Hospitalario durante su último ingreso:

“La adaptación a la unidad ha sido progresiva, aunque no llega a la autonomía necesaria en sus AVD, precisando supervisión y control externo.

Evaluación de su estado cognitivo actual: Las puntuaciones en la escala de Inteligencia revelan que el paciente posee un CI muy bajo, el cual se ubicaría en la franja de retardo mental leve- moderado. Con uniformidad en su funcionamiento, no implicando origen orgánico. El funcionamiento premórbido y nivel intelectual no es más elevado que el medido actualmente, no infiriendo un deterioramiento posible causado por enfermedad.

Sus déficits cognitivos van más allá de los esperados en el contexto de una Esquizofrenia, provocando dificultades de adaptación y autonomía.

Recomendamos la valoración para introducirlo en un circuito más adecuado a su nivel de funcionamiento.”

Proceso terapéutico

Objetivos Terapéuticos

Los objetivos del trabajo dentro de las sesiones de DMT fueron planteados en base al conocimiento de la problemática de Juan. Se planteó entonces intentar mejorar la autoestima de Juan, dar lugar a la expresión de emociones, incentivar la toma de liderazgo e iniciativa. Intentar mejorar su autonomía y capacidad volitiva.

Actitud corporal y personalidad

Juan tenía actitud tímida y pasiva. Vergonzoso, le costaba relacionarse con sus compañeros de unidad.

Sus ojos celestes, su mirada fija y penetrante. Pareciera que sus ojos hablaran cuando miraba, en un intento de compensar su pobre expresión verbal. Su expresividad facial era limitada. Esbozaba una sonrisa cuando se sentía avergonzado, en respuesta a un chiste o una sonrisa de la terapeuta a modo de empatizar con ésta.

Su cuerpo era alto, robusto y con sobrepeso. Estas características constitucionales dificultaban su motilidad corporal. Un poco torpe en sus movimientos, le costaba liberar la musculatura.

Su actitud corporal pasiva, la espalda y los hombros estaban encorvados, los brazos lánguidos colgaban con escasa tonicidad muscular. Los dedos índice y medio de su mano izquierda estaban teñidos de amarillo por la nicotina del tabaco, y sus uñas largas y descuidadas.

Su tono de voz era bajo y monocorde, respondía verbalmente con cierto tiempo de latencia y con monosílabos, “bien”, “sí, no”. Tenía dificultad para expresar sus sentimientos y reconocerlos en los demás.

Las sesiones tenían una hora de duración y una periodicidad semanal. Comenzaban a las 16hs, justo después de la siesta. Antes de cada sesión iba a buscar a Juan a su habitación. Siempre lo encontraba durmiendo en su cama con los pantalones bajos, se le veía el culete igual que un niño pequeño.

Entonces tocaba la puerta para despertarle y le preguntaba si quería venir a la sesión. Juan me miraba fijamente y asentía con el cabeza, un tanto desconcertado. Se levantaba somnoliento y le acompañaba al baño a lavarse la cara y beber un poco de agua. Quizás de la misma manera su madre le despertaba en casa, algo a lo que su cuerpo parecía estar acostumbrado.

Mientras caminábamos por el corredor hacia la sala para comenzar la primera sesión Juan preguntó: *“¿qué vamos a hacer allí?”*, a lo que respondí: *“haremos juegos, bailaremos y escucharemos música, este es un espacio donde puedes expresar como te sientes”*. Juan aceptó la propuesta con un poco de temor e incertidumbre. Sin embargo como veremos más adelante ambos pudimos establecer un muy buen relacionamiento desde el comienzo.

Uno de los gestos frecuentes de Juan dentro y fuera de las sesiones era el de sostenerse el pantalón que se le caían por no tener cinto. Esto le impedía moverse con libertad. Simbólicamente el cinturón podría representar un elemento de de sostén, el cual permite tener más autonomía, mejorar su presentación estética y seguridad personal.

La actitud corporal de Juan se correspondía con su personalidad y sus sentimientos de tristeza, desgano e incomprensión por no saber porqué estaba allí y *“¿cuando le dejarían salir?”*. Estas eran preguntas que Juan me hacía con la esperanza de obtener una respuesta. Yo intentaba explicarle que esa era una decisión que tenía que tomar su médico tratante.

A pesar de la frustración que sentía Juan por no querer estar en el centro de rehabilitación, esto no significó un obstáculo para iniciar sesiones individuales de DMT.

Juan salía de permiso cada fin de semana y al comienzo de las sesiones explicaba lo que hacía en casa de sus padres, luego hacía un recuento de los días que faltaban para salir de permiso nuevamente. Le gustaba ir a casa porque su madre le cocinaba y le cuidaba.

Así se fue evidenciando el progreso en sus salidas los fines de semana. Al inicio de la quinta sesión explicó que el fin de semana había salido a pasear a las perras junto a su madre.

Se sonreía contento por la nueva experiencia y responsabilidad, parecía estar orgulloso de poder explicarlo ya que cada martes hablábamos sobre sus actividades.

Al inicio de la novena sesión Juan comentó que había ido a cortarse el pelo y a pasear a las perras. En la sesión número 14 Juan explicó que había salido por el pueblo el fin de semana. En la sesión número 15 comentó que el fin de semana había ido a casa y había salido solo a pasear.

En estas últimas sesiones Juan ya recordaba lo trabajado en la semana previa y alguno de los momentos más significativos de las sesiones. En la sesión número 17 explicó que había salido a pasear por el pueblo.

Hablando sobre la personalidad de Juan haremos referencia a Fuchs (2004), quien explica como las interacciones tempranas se convierten en estilos de relacionamiento implícito que forman nuestra personalidad. Y como estos estilos de relacionamiento implícito son expresados también a través de nuestra postura corporal habitual. Así, por ejemplo, la actitud sumisa implica componentes de postura y movimiento (parte superior del cuerpo encorvado, hombros levantados, e inhibición del movimiento), componentes de interacción (distancia respetuosa, voz baja, consentimiento) y de emoción (respeto, vergüenza, humildad). Todas nuestras interacciones están basadas en este cuerpo integrado, disposiciones emocionales y conductuales que se han convertido en nuestra segunda naturaleza como escribir o caminar. Son parte de lo que Fuchs (2006) denomina como estructura de personalidad corporeizada, como hemos visto antes.

La actitud tímida y sumisa de una persona dependiente, su voz suave, expresión facial infantil, su indulgencia y ansiedad pertenecen a un patrón integrado de expresión y postura que es parte esencial de la personalidad. Nuestras actitudes básicas, nuestras reacciones típicas y patrones relacionales, nuestra personalidad basada en la memoria del cuerpo.

Partiendo de la narrativa y la CNV para llegar a la Enacción

Desde el inicio se hizo evidente que el trabajo corporal tendría que ser introducido progresivamente, para permitirle a Juan incorporar ésta nueva información en movimiento y recuperar información de su memoria procedimental algo olvidada.

Para mejorar la expresión gestual durante las primeras sesiones jugábamos a reconocer las emociones y sentimientos con tarjetas con dibujos de rostros. Cada uno tenía que representar la expresión emocional del dibujo de una carta y el otro debía adivinar que emoción se estaba representando. A Juan le resultaba difícil, le costaba mucho representar las diferentes emociones y reconocerlas en mi rostro, tal vez por eso no le gustaba este juego.

Continuamos trabajando la expresión gestual, capacidad de imaginación, simbolización y memoria por medio de cuentos elegidos por Juan, de unos cuantos que le daba a escoger. *“La cenicienta”* y *“Toy Story”* fueron algunas de las historias que leímos, un poco al comienzo de cada sesión y continuábamos en la sesión siguiente. Juntos intentábamos reconocer los sentimientos de los personajes: tristeza, enfado, felicidad, etc. Sus deseos, inquietudes, e incluso predecir el desenlace de la historia. A Juan le costaba recordar la historia o partes de ésta; sin embargo disfrutaba mucho escuchándola.

Un día llevé a la sesión el cuento de *Toy Story* y el muñeco de uno de los personajes de la historia: *Buzz Lightyear*. Pero aquel día Juan no quería retomar la historia. Entonces le propuse jugar con *Buzz* y otro muñeco hecho de cartón; una especie de robot que estaba allí en la sala. Elegí el robot que tenía una capa de color rojo y una corona:

- *“¡Yo soy el Rey del planeta tierra y tú terrestre deberás obedecer mis órdenes!”*
- *“No...”*, dijo *Buzz* (Juan) y comenzó a pegarle al Rey, patadas, y puñetazos. Mientras el Rey agonizaba y se quejaba de dolor, *Buzz* continuaba pegándole, hasta que el Rey cayó al suelo...estaba muriendo.
- *“ayúdame, por favor, me estoy muriendo...”*, imploraba el Rey
- *“No, no te voy a ayudar...”*, dijo Juan mirando a la terapeuta con cierta perspicacia. Finalmente el Rey murió.
- *“¿Porque no has ayudado al Rey?”*
- *“Porque no...”* contestó Juan sonriendo.

Desde un principio el Rey había querido someter a *Buzz* para que obedeciera sus órdenes. Esto sin lugar a duda hubiera provocado la misma respuesta en cualquier persona.

Quizás este juego puso a prueba la firmeza y capacidad de Juan para hacer valer sus deseos u opiniones.

Más adelante comenzamos a trabajar las historias a través de la acción y el movimiento: “*The Birthday Party*” de Dayanim, Goodill & Lewis, (2006)⁹. Interpretábamos juntos la historia pues así me lo pedía Juan. Leíamos la historia mientras interpretábamos las acciones.

Llevé algunos objetos citados en la historia, un frasco para hacer burbujas y una caja con materiales que representaban los regalos de cumpleaños, etc. Juan se metió completamente en la historia, se sonreía, parecía estar a gusto. Cuando llegó el momento de la historia en el cual el niño encuentra una botella llena de burbujas, comenzamos a soplar las burbujas, Juan quedó maravillado: “*¡que guay las burbujas, que chulo!*”. Su rostro estaba radiante de alegría. Jugamos un buen rato con las burbujas, intentando atraparlas delicadamente para no romperlas practicando el peso ligero/leve, y soplándolas practicando el espacio indirecto. Para el cierre de la sesión Juan dijo que prefería escribir algo pues no sabía dibujar.

Le ayudé a escribir formulando una pregunta: “*¿Cual fue la parte de la historia que más te ha gustado?*”, luego le sugerí pensar un deseo y esto fue lo que escribimos juntos:

“Me ha gustado el momento de las burbujas. Aprendimos a coger las burbujas y a hacer burbujas pequeñas.

Yo pido salir del hospital para ir a mi casa, pasear a las perras, escuchar música y leer.”

Aquel día Juan parecía estar más implicado en la actividad, no había pedido para ir al baño ni para salir antes de hora como en otras sesiones.

Panhofer, Payne, Meekums & Parke (2011) intentaron capturar ésta conexión entre el movimiento y la posibilidad de pasar al lenguaje la experiencia corporeizada (Sheets-Johnstone, 2007).

Sugiriendo el beneficio que puede tener el integrar movimiento y escritura en supervisión clínica de DMT, pero también para otras psicoterapias corporales, arte terapia, y cualquier acercamiento verbal en supervisión psicoterapéutica.

⁹ Ver Anexo II

El origen del pensamiento es fundamentalmente inconsciente y los conceptos abstractos son mayoritariamente presentados de manera metafórica (Lakoff & Johnson, 1999), dejando entrever la idea que el conocimiento puede ocurrir en el cuerpo, de forma inconsciente o preconscious y de forma metafórica sin un lenguaje. De esta manera el pasaje de las ideas y el movimiento a la escritura nos da la posibilidad de acceder al pensamiento, los deseos más profundos, inconscientes o preconscious (Panhofer *et al.*, 2011). Sin duda esto requiere de práctica, una práctica va a ir mejorando para darnos más información sobre nosotros mismos.

Esta translación verbal de narrativas no verbales nos permite extender nuestra conciencia y desarrollar nuestro yo autobiográfico (Anttila, 2007).

Como hemos visto la lectura de historias se relaciona con lo que Hutto (2007) describió como *hipótesis de la práctica narrativa*.

Pasaje al movimiento

En paralelo con la práctica narrativa y a partir de ésta comenzamos a experimentar el movimiento a través de diferentes propuestas: de juego, enlazando movimiento y ritmo, y diferentes cualidades de movimiento (*efforts*) (Laban, 1987).

Al comienzo del trabajo terapéutico Juan respondía a estímulos cinéticos con cierto tiempo de latencia. Sus movimientos eran lentos con dinámicas de tiempo sostenido y flujo conducido. Tenía dificultad para acelerar la velocidad y coordinar los movimientos. Con predominancia de movimientos simétricos. Parecía que su cuerpo había estado *adormecido* durante bastante tiempo.

Tenía una importante defensa al contacto físico, durante las sesiones no permitía que le hiciera masajes con pelota. Le costaba liberar su cuerpo durante la relajación, sus ojos permanecían cerrados con fuerza y su rostro contraído.

A lo largo de las primeras sesiones Juan miraba mis movimientos y se sonreía, se divertía, parecía estar contento al ver mi movimiento y ser testigo de éste.

Como hemos visto antes podemos *trazar* el movimiento del otro a través de la observación gracias al sistema de neuronas espejo. Esto nos ayuda a corporeizar el movimiento del otro en nuestro propio cuerpo e integrarlo dentro de nuestro repertorio de movimiento.

En ese momento Juan se movía poco, con cualidades de flujo contenido, tiempo sostenido y peso pasivo. De las ocho acciones movimiento de Laban (1975), lo que más le costaba hacer eran los latigazos leves, el deslizarse y flotar/volar. Los latigazos leves tienen que ver con el flujo libre, la capacidad de seguir una progresión y precisión del movimiento, así como también los sentimientos contenidos en estos. El deslizar y flotar, tiene que ver con el “abandono” al tiempo, peso y espacio, sin luchar contra ellos. Ésta es la esencia de flotar.

Para sentir la sensación de flotar y el peso leve le proponía bailar música de Vals tomados de las manos siguiendo el mismo ritmo y movimiento. Promoviendo la empatía kinestésica y sintonía entre ambos; ampliando el movimiento de los brazos, jugando con las manos y espejando el movimiento.

En varias ocasiones la frustración de Juan cuando perdía un juego o no podía hacer algún movimiento se hacía evidente, no lo toleraba y pedía para parar la actividad. Tenía muy baja autoestima, esto se hacía evidente por los comentarios que hacía a la terapeuta al bailar o haciendo otros ejercicios: *“no me sale”, “si te sale, lo estás haciendo ¿no lo ves?” le respondía, o “que mal bailo, que mal bailo. ¡No sabes bailar tu he!”*. Yo le explicaba a Juan que no era fácil y que yo había aprendido yendo a muchas clases de danza.

Para Juan era muy duro darse cuenta de sus dificultades y cuando esto pasaba prefería “huir” de la situación. Se sentía a gusto jugando al fútbol, aún más si hacía un gol. Se notaba que no le gustaba nada perder, tanto es así que yo no me atrevía a ganar.

Su preferencia por el fútbol quizás reafirmaba su identidad de género y era una forma de experimentar cosas que podía hacer, hacer goles, como signo de logros y aciertos que reforzaban su autoestima.

Pasaje al movimiento a través del ritmo

Juegos con ritmos, marcando diferentes ritmos con la pandereta. Yo tocaba un ritmo y ambos lo seguíamos con los pasos.

A Juan le costaba ir al ritmo y cambiar de velocidad. Disfrutaba mucho produciendo su propio ritmo. Disfrutaba y se divertía viendo que podía controlar las diferentes velocidades y así “mover” a la terapeuta.

Jugábamos con un globo grande de color naranja. La propuesta era pasar el globo pegándole con diferentes partes del cuerpo intentando ir al ritmo de la música.

A Juan le gustaba escuchar la radio en su casa, no sabía exactamente qué tipo de género musical prefería pero le gustaba mucho escuchar música dentro de las sesiones. Más avanzado el proceso terapéutico cuando ponía diferentes tipos de música con ritmos marcados, como música de *The Police* o *Reggae*, Juan decía: “¿vamos a bailar?”, “si, vamos a bailar” respondía yo y tomados de las manos comenzábamos a bailar. Por medio de músicas rítmicas se daba pie al contagio del ritmo corporal interno.

A través de movimientos espejados proponía un movimiento y luego cambiábamos de rol. Al principio Juan decía: “no sé, ¿qué hago?”, “lo que tú quieras” contestaba yo.

Con música de *Bob Marley* Juan se motivaba marcando el ritmo con los brazos extendidos arriba y abajo mientras espejaba su movimiento. Ambos marcábamos el ritmo, con peso firme y cambiando de dirección delante y luego detrás. Permitiendo así explorar el espacio y las diferentes direcciones.

Pasaje a la En-acción

En el espacio terapéutico surgieron diferentes escenificaciones en forma de juego de rol (*rol playing*), metáforas muy claras de momentos en los cuales él se había sentido inferior, humillado o burlado por otra persona. Las escenificaciones giraban en torno a relaciones que podríamos definir como “desiguales”, donde A se somete a B, A es mejor que B, por lo tanto A se burla de B y B se siente inferior, menospreciado y desvalorizado. Por momentos las escenificaciones o *acting out* tenían componentes de agresividad y humillación.

Una de las primeras escenificaciones surgió durante la 11 sesión cuando encontró en la sala un cochecito de bebé:

“vamos a jugar al fútbol con el globo” dijo Juan. Pero antes le propuse dibujar en el globo una cara de alguien que odiara para pegarle bien fuerte: la cara de Charles Chaplín, dijo Juan, “¿Porqué no te gusta?”, “Porque es muy feo” respondió Juan...

- *“hay un carrito de bebe, ¿porqué hay un carrito de bebe?”*
- *“no lo sé, ¿lo quieres usar?, vamos a poner un bebe en el carrito”, puse una de las marionetas que había en la sala dentro del cochecito.*
- *“¿Quieres pasearlo Juan?”*
- *“Sí, pobrecito esta inválido”*
- *“...pobre hay que cuidarlo entonces. ¿Y cómo se llama el niño?”*
- *“Antonio Perales”, PUM! (choca el coche contra la pared),*
- *“¡cuidado! que se va a hacer daño, hay que cuidarlo a este bebe ¿verdad?”*
- *“hay que pegarle”*
- *“¿por qué hay que pegarle?”*
- *“porque se porta muy mal”*
- *“¿qué hace Antoñito?”*
- *“se burla”, “es un hijo de puta”, Juan se sonríe tocando mi hombro con palmaditas.*
- *“Quién es Antoñito?”*
- *“quién va a ser, el muñeco. ¡Cuidado que se choca!” y otra vez choca el coche contra la pared. Juan comentó que Antoñito le había hecho daño a alguien en la escuela.*

Decidieron dejar a “Antoñito” en penitencia contra la pared para que reflexionara. Al cierre de la sesión no quería hablar sobre lo ocurrido con Antoñito, pues percibí la resistencia de Juan. Con una música tranquila nos acostamos en el suelo para hacer una relajación y nos despedimos hasta la semana siguiente.

Quizás Juan escenificaba a través de esta narrativa algo que había experimentado de niño. No ser bien cuidado en su cochecito, ó quizás se refería a un niño discapacitado, ¿se estaría refiriendo a sí mismo? Aparece la idea del niño que se porta mal y por eso hay que castigarle, ¿quizás se había sentido así de cuando era pequeño?, quizás sentía que hacía las cosas mal ó se sentía culpable por defraudar a sus padres ¿tal vez?.

Se burlaba, ¿habrá experimentado en su vida real o imaginaria, la experiencia de que se burlaran de él?

Aquel día Juan había expresado muchas emociones, miedo, rabia, frustración, enojo, por momentos se identificaba en el lugar del agresor cuando tal vez lo habitual para él era estar en el de agredido. En relación a esto Panhofer *et al.* (2012) explican que los eventos traumáticos u otros tipos de crisis deben ser recordados y desfragmentados. Ser colocados en un nuevo orden coherente, a través de la experiencia corporeizada (Meekums, 2005).

Peso/Fuerza e intención

El primer acercamiento a la cualidad de peso representado a través de la fuerza fue mientras bailábamos agarrados de una barra de plástico. Le propuse a Juan que tirara muy fuerte para su lado mientras yo tiraba fuerte para el otro lado.

Surgió como forma de sacar la fuerza, exteriorizar la rabia ya que la terapeuta veía cierta contención en sus emociones, sobre todo si se trataba de emociones negativas. Teniendo en cuenta la escenificación que hemos visto antes.

Así se fue dando permiso para invitar a la fuerza, la intención y con ello connotaciones relacionadas a la fuerza: agresividad, potencia, pulsión de dominio, dominio no solo en sentido de fuerza sino de poder hacer, de maestría (Fischman & Artime, 2011). Además de las cualidades de resistencia ó lucha: Peso firme, tiempo súbito, espacio directo y flujo contenido. El peso está relacionado con el sentido del *Self* (Laban, 1948 & Bartenieff 1980), nos da información sobre la presencia del individuo (Fischman & Artime, 2011).

De esta forma se había dejado la puerta abierta para la libre expresión de éstas cualidades y emociones correspondientes.

Como hemos visto Juan se había caracterizado por ser un niño bueno, sumiso, que no molestaba a su familia. Estas cualidades probablemente no habían podido ser experimentadas, quizás no se había dado lugar para dicha exploración.

Las cualidades de lucha fueron surgiendo en diferentes actividades.

Un día Juan comenzó a empujarme con intención de provocarme, yo puse en palabras aquel acto: *“¡me has empujado!”* quedando un tanto atónita y comenzamos a empujarnos mutuamente. Pero Juan ejercía poca fuerza hacia mí, yo le motivaba para que hiciera más fuerza y así consiguió desplazarme hasta la ventana de la sala.

Parecía que habíamos podido comenzar a comunicarnos en movimiento, Juan respondía a mis movimientos y viceversa.

Durante las siguientes sesiones surgieron espontáneamente juegos de empujarse mutuamente y diferentes propuestas que implicaban el uso de la fuerza y el peso. Jugábamos a hacer pulseadas con los antebrazos, Juan hacía fuerza pero no la suficiente para poder ganar, quizás le daba miedo lastimarme.

Más adelante comenzamos a jugar al juego de tirar de la sábana uno de un lado y el otro del otro, intentando traer al adversario del otro lado de la línea. Juan se atrevió a jugar y además a hacer trampa, soltando la tela y dejándome caer al suelo. Se sonreía diciendo: *“¡no tienes fuerza!”*.

Continuábamos tirando de la sábana de pie mientras Juan repetía: *“¡no tienes fuerza, no tienes fuerza!”*, sonriendo en un intento de provocarme y sentirse superior. Según Capello (2008) el trabajo con el peso corporal y los movimientos de empujar y tirar ayudan a los pacientes a tomar conciencia de sus límites corporales.

Los juegos de fuerza fueron tomando mayor significado e intención a medida que se acercaba el final del proceso terapéutico.

Transformados en fantasmas con sábanas blancas Juan me agarró por el cuello: *“¿me quieres matar?”* dije, *“sí”* contestó Juan sonriendo.

Otro día bailando y espejando el movimiento, Juan se movía pero con pocas ganas y empezó a jugar a empujarme con los brazos estirados sobre mis hombros, sonriendo. *¿Porqué me empujas?* le pregunté, Juan se sonreía sin saber que contestar.

Luego surgió el juego del “pilla, pilla”. Primero Juan comenzó a perseguirme, caminaba con peso firme, espacio directo, tiempo sostenido y su cuerpo en bloque hacia mí. Con su mirada fija y la sonrisa inmóvil me daba bastante miedo y comencé gritar *“¡auxilio me quieren atrapar!”*.

“¡soy un asesino!, si soy un asesino y te mataré” repetía Juan, “¡a mí no me asustas he!” respondí yo.

Quizás a través de este juego Juan quiso mostrarme que alguna vez se sintió intimidado por otra persona. En este caso yo era la víctima, que pudo defenderse dándole a Juan un ejemplo de cómo hacerlo.

Despedida

Ya en la penúltima sesión Juan era consciente que se aproximaba la despedida: *“¿tú te vas?, ¿entonces ya no haremos más esto?”* dijo Juan. Yo le expliqué que mis prácticas terminaban en junio y que debía irme.

- *“¿Y a donde te irás, a tu país?”*,

- *“sí a mi país”*,

- *“¿de dónde eres?”*

- *“de Uruguay”*

- *“...pensaba que eras Española, no sabía que eras extranjera, yo soy de España y tu de Uruguay”*, luego pregunto mi nombre completo.

Juan notaba que se acercaba el final pero parecía no querer dejar el espacio ni separarse de mí, parecía querer mantener el vínculo más allá de la relación terapéutica.

Continuaban saliendo las mismas frases y gestos de Juan: *“Soy un asesino te mataré...”* me tomaba por los hombros mirándome fijamente con una sonrisa perspicaz. Juan ya no me daba miedo y le contestaba como si de un juego se tratara: *“¡no me matarás!”* tomándolo por el cuello. En varios momentos los dos nos tomábamos por el cuello mirándonos fijamente con una fuerte pulsión de muerte. Entonces para descargar la rabia que parecía tener Juan, quizás por la inminente despedida, le propuse jugar a pegar puñetazos y liberar la voz gritando bien fuerte. A pesar de su deseo de “matar” a Juan le costaba pegar puñetazos y gritar bien fuerte.

Mientras bailábamos con movimientos espejados él repetía: *“te mataré, te mataré...”*, me tomaba por el cuello y yo a él. Seguíamos jugando, empujándonos y tirando de la sábana. Juan hacía lo mismo que en las últimas sesiones, soltaba la sábana repentinamente para que me cayera y se *“partía de risa”*. Luego yo se lo hacía a él.

En un momento, tomados de las manos Juan dijo mirándome fijamente: *“¿tú eres de Uruguay verdad?”*, *“sí”*, *“pero yo soy Español...”*. Pasamos a la relajación y dijo: *“te quiero Elena... ¿nos hacemos novios?”*, le expliqué que no era conveniente que el terapeuta se vinculara afectivamente con el paciente.

Al despedirnos le comenté a Juan que la próxima semana sería nuestra última sesión.

Finalmente llegó el momento de despedirse, era la última sesión. A Juan se lo veía más suelto y el diálogo conmigo era más distendido. Aquel día comentó que había ido a la piscina junto a dos enfermeras y dos compañeros de la unidad, estaba contento. Estaba mucho más delgado y quemado por el sol.

Luego hablaron sobre las actividades que estaba haciendo en el centro. Le pregunté si tenía algún amigo en la unidad, nombró a un compañero y dijo que era con quien tenía más relación, le incentivé para que se acercara a alguno de los usuarios que iban a los grupos de DMT. *“Te da miedo”* pregunté, *“un poco...”* contestó Juan.

Aquel día hicimos un repaso del proceso terapéutico y de los momentos más significativos viendo los videos de las sesiones. *“Te acuerdas que en las primeras sesiones leíamos mucho pero luego empezamos a movernos más y a bailar”* pregunté, *“sí”* contestó él.

Juan miraba los videos sonriendo: *“esa eres tú jejeje”*, *“¡y tú!”* dije yo, *“yo no”* dijo él, *“sí claro que eres tú, lo que pasa es que has cambiado mucho, ahora estas más delgado y más arreglado”*, *“ostia!, pensaba que era otra persona... ¿pues sí que he cambiado no?”* reconoció.

En uno de los videos se veía el movimiento rápido que hacía Juan con la rodilla *“el tembleque”*, así le llamaba él al movimiento que hacía con la pierna cuando se ponía nervioso.

En la mitad de los videos le pregunté a Juan si se acordaba de aquellos momentos pero él dijo que no, sin embargo sí se reconocía en las imágenes.

Al terminar de ver los videos preguntó: *“¿ya terminamos, ya no hay mas sesiones?”*, *“no conmigo no...”* contesté, *“¿ya se termina hoy, hoy es el último día?”* preguntó él, *“sí”*, *“¿y cuando empezaremos más sesiones?”* preguntó, *“no lo sé, si viene algún estudiante el próximo año...”* contesté.

Vimos las imágenes de la última sesión, donde Juan decía repetidas veces la frase *“te mataré”*. Y pregunté: *“ese eres tú ¿te acuerdas de esto?”*, *“no”* dijo Juan, *“tú eres el que dice “¡te mataré!”*. *¿Porque me querías matar, porque me voy a ir?, ¿así desaparezco del todo?”*, *“si porque te vas, ¿cuándo te vas?”* respondió Juan.

Hablamos sobre la diferencia entre los videos de las primeras y las últimas sesiones. Las primeras sesiones leíamos mucho y luego comenzamos a movernos más, bailar y jugar a la pelota.

Le expliqué que me iba pero él siempre quedaría en mi recuerdo. Y que esperaba que le hubiera servido la experiencia, *“yo creo que si”* respondió.

Había llevado los dibujos y escritos que había hecho Juan en las sesiones en una carpeta para devolvérselos, *“no me lo quedo, no lo quiero”* dijo él, *“¿porque?”* pregunté, *“porque no, no lo quiero”*. Explicó que no estaba enfadado con cara triste y mirando hacia abajo.

Le dije que tampoco me gustaba la idea de despedirme y que me costaba mucho, pero a medida que vamos creciendo nos damos cuenta que en muchas oportunidades tenemos que despedirnos de muchas personas queridas y que hay que tomarlo lo mejor posible.

Nos despedimos y le deseé todo lo mejor, *“que te vaya muy bien a ti también”* dijo Juan.

Me había quedado triste por la despedida, sabía que Juan no estaba preparado y le costaría entender. Sentía cierta incertidumbre por no saber qué sería de él de aquí en más y si podría continuar su proceso terapéutico.

Parece ser frecuente que se produzca en la relación terapéutica un cierto apego afectivo sobre todo del paciente hacia el terapeuta.

En el caso de pacientes con organizaciones deficitarias quizás sea más difícil elaborar los sentimientos, viviéndolos con mayor realismo. Esto era tan importante como el establecimiento del relacionamiento con la terapeuta.

Si bien la separación pudo haber generado sufrimiento en Juan, fue una situación en la cual experimentó sentimientos de tristeza e ira que pudo expresar.

Discusión

Desde que conocí a Juan e iniciamos el trabajo terapéutico por medio de sesiones individuales pude percibir que tal vez el centro en el cual estaba ingresado no era un sitio adecuado para él, era evidente que no se sentía cómodo allí. Un sentimiento muy saludable, común a cualquier ser humano, el no querer vivir institucionalizado.

Juan quería volver a su entorno familiar, a su casa, su barrio.

Las circunstancias de vida y la situación familiar habían impedido el establecimiento de un ambiente propicio para su desarrollo bio-psico-social. El desarrollo de su socialización se vio interferido por sus miedos, su falta de autonomía y seguridad personal, dejando a Juan importantes carencias afectivas, lo que ejerció cierta influencia en cuanto a su déficit cognitivo.

El clima general del hogar con tendencia depresiva conspiraba contra una adecuada relación cuidador-bebe que lo estimulara en el desarrollo de competencias sociales y comunicativas.

Según la historia clínica, Juan tenía poca relación con su padre. Tal vez faltaron más juegos, más comunicaciones cara a cara, espejamiento de emociones, gestos y sonidos que le permitieran conocerse a sí mismo y entrar en contacto con sus emociones, quedando éstas sin ser expresadas, reconocidas o comprendidas.

Ya en 1958 Winnicott describió que la base subyacente sobre la cual una persona llega a adquirir el sentido del *self* proviene de las experiencias corporales tempranas entre uno mismo, el cuidador y el entorno.

Como refiere Tortora (2011) cuando el bebe mira hacia su madre o cuidador y éste refleja de nuevo hacia su bebe con el mayor afecto, el bebe comienza a sentir que existe.

A través de éstas respuestas no verbales de la madre hacia las expresiones no verbales de su bebe, ésta actúa como espejo “introduciendo” esta relación en el cuerpo y la psique del bebe (Winnicott, 1972, p 15).

Los estudios sobre la comunicación entre cuidador-bebé demuestran este proceso bidireccional de *regulación mutua* (Tronick, 1989), que explican qué ocurre cuando los cuidadores no responden de manera empática a su bebe.

Por medio de estudios experimentales con las madres y sus bebés a través del test *Still-Face* (Rostro inmóvil), se observa como al interrumpirse el proceso de regulación mutua, cuando la madre se muestra inexpresiva, el bebé expresa signos claros de angustia e insistencia por obtener la respuesta de la madre; Si ésta actitud persiste, el bebé muestra finalmente pérdida del control postural y vitalidad. Pero si la madre o cuidador puede detenerse un momento y observar la reacción de su bebé ante la suya, quizás pueda aproximarse a él nuevamente de un modo que les permita restablecer la interacción. A esta última secuencia Tronick la denomina *proceso de reparación* (Vieta & Ferriz, 2009). Así Ávila- Espada (2009) refiere que algunos trastornos psicológicos reflejan déficits por la insuficiencia o el fracaso de la estructuración evolutiva a la hora de consolidar el mundo subjetivo (Stolorow y Atwood, 2004). La perspectiva intersubjetiva ha formalizado nuevos modelos, tanto para el origen del trastorno como para las hipótesis de cambio, situando el origen del trastorno en *mundos intersubjetivos tempranos*. Según éstos el conflicto intrapsíquico emerge de contextos intersubjetivos en los que el niño no ha podido integrar estados afectivos centrales para él por falta de una respuesta empática de su entorno. La situación terapéutica aporta la riqueza del interjuego entre dos mundos diferentemente organizados del paciente y el terapeuta (Ávila- Espada, 2009, p. 40). Quizás el retraso en la intervención temprana durante la infancia, y tratamiento poco adecuado durante la adolescencia, no permitieron la correcta recuperación o adaptación social de Juan.

Todas estas funciones no adquiridas o desarrolladas en su momento trataron de incentivarse desde el marco y el desarrollo del tratamiento propuesto. De forma progresiva y en función de las necesidades básicas para la socialización de Juan.

Así en el trabajo terapéutico con Juan se pudo observar importantes progresos en cuanto a su imagen corporal y mejora de funciones cognitivas, así como también en el relacionamiento con la terapeuta. De alguna manera esto demostró que tenía capacidades, que quizás no habían sido adecuadamente estimuladas o potenciadas en su momento. Comenzó a salir de casa los fines de semana a pasear a las perras junto a su madre. Más adelante comentó que salía solo a pasear por el barrio.

A nivel corporal Juan fue aprendiendo a coordinar sus movimientos al ritmo de la música y ampliando su repertorio de movimiento.

Tomando más confianza en la propuesta, el espacio y la terapeuta en práctica, pudiendo permanecer durante toda la hora de sesión. Comenzó a mostrarse más abierto, menos inhibido atreviéndose a tomar la iniciativa. Parecía estar más interesado y atento, expresándose mejor a través del gesto y el movimiento. Paralelamente fue mejorando su expresión verbal aumentando así la interacción con la terapeuta mediante bromas y chistes.

Su vida social era limitada. No iniciaba el contacto pero tampoco rechazaba la interacción si alguien se acercaba a él. Le costaba relacionarse, sin embargo pudo establecer relaciones más profundas con uno o dos de los usuarios de la unidad. En este sentido el relacionamiento entre Juan y la terapeuta fue fundamental dentro del trabajo terapéutico. En el inicio el espacio utilizado era reducido, y ambos trabajaban en cercanía. Luego comenzaron a participar por igual e incluso Juan aportaba mucho más de sí mismo. De esta forma se pudo ir consolidando la relación terapéutica en la medida en que ambos se sentían parte del espacio relacional.

Cuando iniciaron el proceso de cierre estaba claro para la terapeuta que aquel no era el momento adecuado para terminar trabajo terapéutico. Probablemente Juan se hubiese beneficiado mucho más y los avances hubiesen sido otros de haber podido continuar las sesiones de DMT.

Juan fue dado de alta del Centro de Salud para Adultos (CSMA) el 28/10/2011, y aparentemente desde ese día no han tenido noticias suyas. Su madre paso a ser su tutora legal. El último tiempo antes del alta salía poco de casa, había engordado, a nivel emocional presentaba mucha dificultad para expresar emociones. Desde el centro intentaron ponerse en contacto con la *Fundación Tallers* para una posible derivación al dispositivo. Probablemente siguiera en tratamiento con su médico de cabecera y psiquiatra de zona.

A nivel personal, la elaboración de este trabajo ha sido un gran proceso de aprendizaje y formación en cuanto al trabajo clínico. Este año de estudio y de reflexión ha sido fundamental para consolidar los conocimientos adquiridos en años previos.

Conclusiones

En lo que refiere a los objetivos generales hemos descrito tanto en el marco teórico como dentro de las intervenciones en DMT como éstas pueden ser llevadas a la práctica, tanto en el contexto terapéutico como para la mejora del bienestar de cualquier individuo. Además se ha visto reflejada la utilización de las diferentes intervenciones en el trabajo terapéutico con Juan.

En cuanto a los objetivos específicos podemos decir que se encontraron en la historia de Juan dificultades en las relaciones tempranas, éstas dificultades manifestadas durante su infancia se mantuvieron de alguna manera el resto de su vida; Por ello se propuso la consiguiente estimulación y desarrollo de sus competencias sociales, afectivas y cognitivas. El hecho de ver a Juan en este centro evidenció que aquel no era el lugar más propicio para la rehabilitación de sus capacidades diferentes.

El trabajo terapéutico tuvo consecuencias favorables a nivel de su funcionamiento adaptativo y social. Esto tuvo que ver con el trabajo sobre los objetivos terapéuticos por medio de diferentes intervenciones:

- El trabajo a través de la práctica narrativa y memoria corporal, su posibilidad de desenredar el pasado y entender lo sucedido, siendo dos herramientas esenciales en rehabilitación psico-social.
- Las diferentes formas de pasaje al movimiento y su progresión: *El ritmo, la narrativa, la enacción, la comunicación empática* y el *entonamiento afectivo* dentro de la comunicación no verbal. Estas dos últimas intervenciones como ejemplos importantes de relacionamiento intersubjetivo.
- La importancia de la DMT en la rehabilitación de las capacidades que han quedado dormidas o poco desarrolladas.

Así, se vio una mejora de la autoestima de Juan, de la libre expresión de emociones, y mejora en cuanto a la toma de liderazgo e iniciativa.

Juan comenzó a salir de casa sin miedo, pudo relacionarse con la terapeuta y con algunos de sus compañeros de unidad, siendo finalmente dado de alta.

Sin embargo ésta mejoría en sus capacidades comunicativas y sociales sufrió cierto retroceso entre la finalización de las sesiones de DMT a principios del mes de Julio de 2011 y el alta en el mes de octubre del mismo año.

En cuanto a la hipótesis planteada podemos decir que los aportes de la DMT en este caso tuvieron una importancia relevante, la propuesta desde la DMT como estrategia terapéutica fue quizás más apropiada que por ejemplo otro tipo de terapias centradas en la palabra y en la capacidad reflexiva. Esto cobra mayor relevancia si tenemos en cuenta el trabajo con personas con déficit intelectual.

Hemos visto además los aportes de la DMT en cuanto al bienestar de Juan, brindando un espacio para la elaboración de sus conflictos, inseguridades, dificultades y estrategias para la resolución de los mismos.

La hipótesis se ha corroborado a lo largo del proceso terapéutico que finalizó con el alta de Juan, a la espera tal vez de otras propuestas más adecuadas a su situación clínica.

Referencias

- . Allison T, Puce, Q & McCarthy G. (2000). "Social perception from visual cues: role of the STS region." *Trends in Cognitive Science* 4 (7): 267-278.
- . American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- . Anthony E & Benedek T. (1983). *Parentalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- . Anttila, E. (2007). Mind the body: Unearthing the Affiliation Between the Conscious Body and the Reflective Mind. **En** Rouhiainen L. (ed). *Ways of Knowing in Dance and Art*. Helsinki: Yliopistopaino, 79-99.
- . Ávila- Espada, A (2009). El Psicoanálisis contemporáneo es relacional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 60, 36-46. Recuperado el 26 de mayo de 2012 de http://www.aespat.com/Revista/Revista_ATyPH_60.pdf#page=38
- . Baldwin, D. A. (1993). "Infants ability to consult the speaker for clues to word reference." *Journal of Child Language* 20: 395-418.
- . Baldwin, D. A., Baird, J. A., Saylor, M. M. & Clark, M. A. (2001). "Infants parse dynamic action." *Child Development* 72 (3): 708-17.
- . Bartenieff, I & Lewis, D (1980), *Body Movement-Coping With the Environment*. Nueva York: Gordon & Breach.
- . Bass, A. (2003). "E" enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13 (5), 657-675.
- . Bermúdez, J. L. (1996). "The moral significance of birth" *Ethics* 106: 378-403.

- . Bertenthal, B. I., Proffitt, D. R. & Cutting, J. E. (1984). "Infant sensitivity to figural coherence in biomechanical motions." *Journal of Experimental Child Psychology* 37:213-30.

- . Black, M.J. (2003). Enactment: Analytic Musings on Energy, Language, and Personal Growth. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives* 13, 5, 633- 655.

- . Bonovitz, C. (2007). Whose who in the psychoanalytic situation: Subject, object, and enactment in the relational and contemporary Kleinian traditions. *Psychoanalytic Dialogues*, 17 (3), 411-437.

- . Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Translated by Nice. R. Stanford: Stanford University Press.

- . Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 1-23.

- . Caldwell, C. (1999). *Habitar el Cuerpo*. Barcelona: Ediciones Urano.

- . Caldwell, C (2010). *Personal Communication* **In** Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 255- 265.

- . Caldwell, C (2012). Sensation, movement, and emotion. Explicit procedures for implicit memories. **In** Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 255- 265.

- . Campbell, D. Bianco, V., Dowling, E., Godberg, H, McNab & Pentecost, D. (2003) Family therapy for childhood depression: researching significant moments. *Journal of family therapy*, 25, 417-435.
- . Capello, P.P. (2008). BASICS: un modelo intra/interactivo de DMT con pacientes psiquiátricos adultos. **En** Wengrower, H & Chaiklin, S. (Comp.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, 101-128.
- . Chaiklin, S & Schmais, C. (1979). The Chace approach to dance therapy. **In** Bernstein, P.L. (Ed.). *Eight theoretical approaches in dance-movement therapy*. Iowa: Kendall-Hunt.
- . Cohen, Bonnie Bainbridge (2003). *Sensing, Feeling, and Action. The Experimental Anatomy of Body Mind Centering*. Northampton, MA: Contact Editions.
- . Csibra, G (2004). Mirror neurons and action observation. Is simulation involved? Recuperado el 21 de Mayo de 2012 de:
<http://www.cbcd.bbk.ac.uk/people/scientificstaff/gergo/pub/index.html/pub/mirror.pdf>
- . Couper, J.L. (1981). Dance Therapy: Effects on Motor Performance of Children with Learning Disabilities. *Physical Therapy*, 61 (1), 23-26.
- . Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: Emotion, reason and the human brain*. London: Harper Collins.
- . Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. Orlando: Harcourt.
- . Damasio, A. (2010). Y El Cerebro Creó al Hombre, ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?. Barcelona: Destino.

- . Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. Londres: Murray.
- . Dayanim S, Goodill S.W & Lewis C. (2006). The Moving Story Effort Assessment as a Means for the Movement Assessment of Preadolescent Children. *American Journal of Dance Therapy*, 28, (2), 87-105.
- . De Vignemont, F. (2004). The co-consciousness hypothesis. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3, 97–114.
- . Dolto F. (1989), *Autoportrait d'une psychanalyste*, Paris: Le Seuil.
- . Dosamantes-Alperson, E. (1976). "Experiential Movement Psychotherapy", *Art Psychotherapy*, 3, 20-31.
- . Diamond, M & Hopson, J. (1998). *Magic Trees of the Mind: how to nurture your child's intelligence, creativity and healthy emotions from birth through adolescence*. New York: Dutton.
- . Elliott, R., Saphiro, D., Firth-Cozens, J., Stiles, W., Hardy, G., Llewelyn, S. & Margison, F. (1994). Comprehensive Process of Insight Events in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapies. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 41(4), 449-463.
- . Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 235-244.
- . Espenak L, Adler A & Lowen A (1981). *Dance Therapy Theory and application*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- . Fantz R.L, Fagan J.F & Miranda S.B. (1975). Early visual selectivity in Infant Perception: From Sensation to Cognition, **En** Cohen, L & Salapatek, P (Comps). *Basic Visual Processes*. New York: Academic Press, 1, 249-345.
- . Fischman, D. (2005). *Danza Movimiento Terapia: encarnar, enraizar, empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos*. Buenos Aires Congreso de Artes del Movimiento. IUNA (Instituto Universitario Nacional del Arte).
- . Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. **En** Wengrower, H & Chaiklin, S. (Comp.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, 81-96.
- . Fischman, D & Artime, C (2011, Agosto). “¿Controlar o estar en control? Obstáculos y fluidez en DMT”. Seminario del Programa de entrenamiento en Danza Movimiento Terapia de Brecha, Buenos Aires, Argentina.
- . Fonagy P., Gergely G, Jurist E.L & Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the self*. New York: Other Press.
- . Fonagy P. & Target M, (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. Institute of Psychoanalysis, Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College London. *International Journal of Psychoanalysis*; 88:917–37.
- . Frayn, D. (1996). Enactments: An evolving dyadic concept of acting out. *American Journal of Psychotherapy*, 50 (2), 194-207.
- . Freud, S. (1923), “Das Ich und das Es”, *Gesammelte Werke* 13,237-289; trad.castellana: “El yo y el Ello”, en: *Obras completas*, vol..., Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
- . Froese, T. (2011). Breathing new life into cognitive science. *Avant. The Journal of the Philosophical- Interdisciplinary Vanguard*, 2(1), 113–129.

- . Froese T & Fuchs T (2012). The extended Body: a case study in the neurophenomenology of social interaction. Recuperado el 04 de Junio de: http://sacral.c.u-tokyo.ac.jp/pdf/froese_phenomcognsci_2012.pdf
- . Fuchs, T. (1995). Coenaesthesie. Zur Geschichte des Gemeingefühls. *Zeitschrift fuer klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 43,103–12.
- . Fuchs, T. (2001). The tacit dimension. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 8 (4), December, 323-326.
- . Fuchs, T. (2004). The memory of the body. Unpublished Manuscript. [Online] Recuperado el 8 de diciembre de: <http://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/ppp2004/manuskript/fuchs.pdf>
- . Fuchs, T (2012). The phenomenology of body memory *In* Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 9- 22.
- . Gallagher, S. (1996). “The moral significance of primitive self-consciousness.” *Ethics* 107:129-140.
- . Gallagher, S. (2001). “The practice of mind: Theory, simulation or primary interaction?” *Journal of Consciousness Studies* 8(5-7): 83-108.
- . Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. New York: Oxford. University Press.
- . Gallagher, S. & Hutto, D. (2008). Understanding others through primary interaction and narrative practice. *In* Zlatev J., Racine T, Sinha C & Itkonen E. (eds). *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity*. Amsterdam: John Benjamins.

- . Gallese V, Mignone P & Eagle M.N. (2009). La simulación corporalizada: Las neuronas espejo, las bases neurofisiológicas de la intersubjetividad y algunas implicaciones para el psicoanálisis. *Clínica e investigación relacional*, 3 (3): pp. 525-556.
- . Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada*. Barcelona: Paidós.
- . Gendlin, E (2002). A New Model. **In** Francisco Varela & Jonathan Shear (Eds.) *The View From Within*. Bowling Green, Ohio: Imprint Academic Philosophy Documentation Center. 232-237.
- . Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring: the development of emotional self- awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 1181-1212.
- . González, L. (2009). *Pensar lo psicomotor: la constructividad corporal y otros textos*. Buenos Aires: Eduntref.
- . Gopnik, A. & Meltzoff, A. (1998). *Words, Thoughts, and Theories*. Cambridge, MA: MIT Press.
- . Greenough, W, Black, J.E. & Wallace, C.S (1987). "Experience and brain development", *Child Development* 58, 539-559.
- . Hämäläinen, S. (2007). The Meaning of Bodily Knowledge in a Creative Dance-Making Process. **En** Rouhiainen L. (ed). *Ways of Knowing in Dance and Art*. Helsinki: Yliopistopaino, 56- 78.
- . Hawkins, A. (1991). *Moving From Within: A new method for dance making*. Chicago, IL: A Capella books.

- . Heidegger M, (1927). Sein und Zeit. *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*, pp. 1-438.
- . Hobson R.P. (2002/2004). *The Cradle of Thought*. London: Pan Macmillan & New York: Oxford University Press.
- . Hofmann, A. (2005). *EMDR- Therapy of post -traumatic stress syndrome*. Stuttgart: Thieme.
- . Husserl, E. (1984a). Logical Investigations. Investigations in phenomenology and theory of knowledge. Deen Haag: MartinusNijhoff.
- . Hume, D. (2005). "De la identidad personal" ***En Tratado de la naturaleza humana***, Libro I, Parte IV sección VI. Madrid: Tecnos, 355-356.
- . Husserl, E. (1984b). Logical Investigations. Elements of a phenomenological elucidations of knowledge. Deen Haag: MartinusNijhoff.
- . Hutto D.D. (2007). "The narrative practice hypothesis." ***In Narrative and Understanding Persons***, D. D. Hutto (Ed.). Royal Institute of Philosophy Supplement. Cambridge: Cambridge University Press. 43-68.
- . Jacob P & Jeannerod, M. (2004). The motor theory of social cognition: a critique. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 1, 21-25.
- . Johnson, S. Slaughter, V. & Carey, S. (1998). "Whose gaze will infants follow? The elicitation of gaze-following in 12-month-old infants." *Developmental Science* 1: 233-38.
- . Johnson, S. C. (2000). "The recognition of mentalistic agents in infancy." *Trends in Cognitive Science* 4: 22-28.

- . Keski-Loupa, L (2001). *Work Counseling or Supervision: Observing the Philosophical and Developmental Psychological Foundations of Work Counseling Process*. Oulu: Kaleva.
- . Kessen W. (1967). Sucking and looking: two organized congenital patterns of behavior in the newborn, *in* Stevenson H.W., Hess E.H., Rheingold H.L. (eds.). *Early Behavior: Comparative and Developmental Approaches*. New York: Wiley.
- . Koch S.C & Fischman, D. (2011). Embodied Enactive Dance Movement/therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 57–72. Recuperado el 11 de septiembre 2011, de <http://www.springerlink.com/content/105545/>
- . Koch, S.C & Harvey S. (2012). Dance/Movement Therapy with traumatized dissociative patients *in* Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 369- 385.
- . Kolter, A, Ladewig S.H., Summa M, Müller, C, Koch S.C & Fuchs T (2012). Body memory and the emergence of metaphor in movement and speech *in* Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 201- 226.
- . Körlin, D, Nybäck, H & Goldberg F.S. (2000). *Creative art groups in psychiatric care: Development and evaluation of a therapeutic alternative*, [en línea]. Oslo. Nord Journal Psychiatry, 54, 333–340. Recuperado el 18 de Julio del 2011, de <http://www.informahealthcare.com> by University Autonoma Barcelona.
- . Krueger, J. (2012). Seeing mind in action. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*.
- . Laban, R. (1975). *Danza Educativa Moderna* (3ra ed.). Barcelona: Paidós.
- . Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.

- . Lacoboni, M, Molnar- Szakacs I, Gallese V, Buccino G, Mazziotta J & Rizzolatti G. (2005). Grasping in the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLOS Biology*, 3: 529-535.
- . Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- . Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- . Lapierre, A. (1997). *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. Ed: Serendepit.
- . Levy, F.J (1988). *Dance Movement Therapy. A Healing Art*. Reston, Virginia: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- . Lewis, P. (1984). *Theoretical Approaches in Dance- Movement Therapy*, Volume II. USA: Kendall/Hunt Publishing Company.
- . Lowen (1977). *Bioenergética: Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*. México: Editorial Diana.
- . Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L, Stern, D.N. & Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282–289.
- . Malloch, S. N. (1999). Mothers and Infants and Communicative Musicality. *Musicae scientiae. European Society for the Cognitive Sciences of Music, Special issue*, 29-57.

- . Meekums, B. (2005). Creative writing as a tool for assessment: implications for embodied writing. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 95-105.

- . McCall R.B. (1977). Childhood IQ's as predictors of adult educational and occupational status. *Science* 197:482-483.

- . Meltzoff A. & Moore. M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 198:75–78.

- . Meltzoff A. & Moore. M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology* 25:954–62.

- . Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard. (*Phenomenology of perception*) trans. Colin Smith. New York: Humanities Press, 1996.

- . Merleau-Ponty, M. (1960). The philosopher and his shadow. *In Signes*. Paris: Gallimard.

- . Mitchell, S.A (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- . Moore, D. G., Hobson, R. P. & Lee, A. (1997). “Components of person perception: An investigation with autistic, non-autistic retarded and typically developing children and adolescents.” *British Journal of Developmental Psychology* 15: 401-423.

- . Nöe, Alba (2006). What do we see, when we're looking at dance? *In Wissen in Bewegung, Tanzkongress, Deutschland*, 22-23.

- . Panhofer, H. (comp.) (2005). *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y la práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

- . Panhofer, H. (2009) *New approaches to communicate the embodied experience in Dance Movement Psychotherapy*. Unpublished thesis submitted in part fulfillment of PhD, University of Hertfordshire, UK.
- . Panhofer H, Payne H, Meekums B & Parke T. (2011). Dancing, moving and writing in clinical supervision? Employing embodied practices in psychotherapy supervision. *The Arts in Psychotherapy*, 38, (1), 9–16.
- . Panhofer H, Payne H, Parke T & Meekums B. (2012). The embodied word. **In** Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 307- 325.
- . Payne, H. (2006). *Dance Movement Therapy- Theory, Research and Practice*. Sussex: Routledge.
- . Phillips, W., Baron-Cohen, S. & Rutter, M. (1992). “The role of eye-contact in the detection of goals: Evidence from normal toddlers, and children with autism or mental handicap.” *Development and Psychopathology* 4: 375-83.
- . Pichón- Rivière, E (1985). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- . Pylvänäinen, P (2012). Body Memory as a part of the body image. **In** Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 289- 306.
- . Real Academia Española ©. (2010). *Diccionario de la lengua Española*, (22ª Ed.), [en línea]. Madrid. Recuperado el 24 de abril del 2012 de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cenestesia
- . Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: Noonday Press.

- . Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- . Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma treatment*. New York: Norton.
- . Rutter, M. & Taylor, E. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. (4ª.Ed). Massachusetts, USA: Blackwell.
- . Sander L.W (2002). Thinking differently: Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (1):11-42.
- . Sassenfeld, A. (2010). Enactments: una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e investigación relacional, revista electrónica de psicoterapia* 4 (1), 142-181.
- . Scholl, B. J. & Tremoulet, P. D. (2000). “Perceptual causality and animacy.” *Trends in Cognitive Sciences* 4 (8): 299-309.
- . Schott-Billmann, F. (2000). *Le besoin de danser*. Paris: Odile Jacob.
- . Schott-Billmann, F (2011). Creating social bonds and creating the self in the transitional space of Dance-Rhythm Therapy. *In* Lapoujade, C., Ross, M & Scoble, S. (Eds.). *Arts Therapies and the Space Between*. Plymouth: University of Plymouth Press, 92-101.
- . Shahar-Levy, (2012). Emotorics. Development and body memory. *In* Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 327- 340.
- . Sheets- Johnstone, M. (2007). *Dance, Movement, and Bodies: Forays into the Non-linguistic and the Challenge of Languaging Experience: Evening II*. [Online]. Recuperado el 21 de Julio de 2009 de: <http://www.youtube.com/watch?v=-pTxptDPQzI>

- . Sherrington C.S. (1906). *The integrative action of the nervous system*. New Haven, CT: Yale University Press.
- . Stanton Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- . Stern, D. N. (1985). *El mundo interpersonal del infante* (1ª Ed.). Barcelona: Paidós Ibérica.
- . Stern, D. N. (1998). *La primera relación madre-hijo* (4ta ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- . Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experiences in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- . Stevens, C., McKechnie, S., Malloch, S. & Petocz, A. (2000). Choreographic Cognition and Contemporary Dance: Challenges for Psychological Theory and Research. Unpublished manuscript, MARCS Auditory Laboratories, University of Western Sydney. [Online] Recuperado el 19 de Abril de: <http://ausdance.org.au/articles/details/choreographic-cognition>
- . Stolorow, R., Atwood, G., & Brandchaft, B. (Eds.). (1994). *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Aronson.
- . Stolorow, R. D. & Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder (*Original Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press).
- . Stout, R. (2012). What someone's behavior must be like if we are to be aware of their emotions in it. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*.
- . Summa, M. (2012). Body Memory and the genesis of meaning. *In* Koch S.C, Fuchs T, Summa M & Müller C. (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Frankfurt: John Benjamins Publishing Company, 23-41.

- . Tortora, S. (2011a). The Need to Be Seen: From Winnicott to the Mirror Neuron System, Dance/Movement Therapy Comes of Age. *American Journal of Dance Therapy*, 33, (1), 4–17. Recuperado el 30 de octubre de 2011 de: <http://www.springerlink.com/content/h6wt6397v32624p6/>
- . Tortora, S. (2011b). The creative embodied experience: The role of the body and the arts in infant mental health. *The Signal: Newsletter of the World Association for Infant Mental Health*, 19 (3), 1-8. Recuperado el 30 de octubre de 2011, de http://www.suzitortora.org/pdf_creativeEmbodiedExp.pdf.
- . Trevarthen, C. & Hubley, P. (1978). "Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year." *In Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language*, A. Lock (ed.). London: Academic Press, 183-229.
- . Trevarthen, C. B. (1979). "Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity." *In Before Speech: The beginnings of interpersonal communication*. M. Bullowa (ed.). Cambridge, England: Cambridge University Press, 321-347.
- . Trevarthen C, (1998). The concept and foundations of infant subjectivity. **En:** Stein Bråten (Ed.) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. UK: Cambridge University Press.
- . Trevarthen C, Malloch S.N (2000). The dance of Wellbeing: Defining the musical Therapeutic Effect. *The Journal of Music Therapy*, 9(2), pp 3-17.
- . Tronick, E.Z. (1989). Emotions and Emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- . Vieta, F & Ferriz, M (2009). Aportaciones desde el modelo del Espacio- Tiempo Mental al modelo de Expansión Diádica de E. Tronick. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1), 82-92.

Recuperado el 1 de Junio de 2012 de:
<http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=8453jYKSvIA%3D&tabid=442>

. Walker, A. S. (1982). "Intermodal perception of expressive behaviors by human infants." *Journal of Experimental Child Psychology* 33: 514-35.

. Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter en el niño*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

. Wengrower, H & Chaiklin, S. (comp.) (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

. Wiener, J.M. & Dulcan, M.K. (Ed.) (2006). *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: MASSON.

. Winnicott, D. W. (1958). *Collected papers: Through pediatrics to psycho-analysis*. New York: Basic Books.

. Winnicott, D. W. (1964). *The child, the family and the outside world*. Cambridge MA: Perseus Publishing.

. Winnicott, D.W (1971). *Realidad y juego* (1ª ed.). Barcelona, España: Gedisa.

. Winnicott, D. W. (1972). Basis for self in body. *International Journal of Child Psychotherapy*, 1(1), 7–16.

. Winnicott, D. W. (1988). *Human Nature*, London: Free Associations Books.

. Xia, J, Grant T.J. (2009). Terapia de baile para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En *Biblioteca Cochrane Plus* Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD006868. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

. Zanocco, G., de Marchi, A. & Pozzi, F. (2006). Sensory empathy and enactment. *International Journal of Psychoanalysis* 87, 145-158.

. Zlatev, J. (2008). "The co-evolution of intersubjectivity and bodily mimesis." **In** Zlatev, J, Racine, T, Sinha C & Itkonen E. (eds). *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity*. Amsterdam: John Benjamins.

Otras Fuentes: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_la_mente#cite_note-0

Agradecimientos

A mis sobrinos María Pía, Lara, Felipe y Ema.

A mis padres y a Magdalena por su lindo dibujo.

A mis compañeros y profesores del Máster, en especial a Heidrun por abrirme a este maravilloso mundo y entender las intenciones de este trabajo.

A todos los profesores de danza que he tenido por sus enseñanzas de vida. Al grupo de estudio de movimiento y a la comunidad del Contact en Uruguay por recibirme.

A Germán, gracias!

Anexos

I Perfil de Movimiento de Juan

Evaluación realizada al finalizar el proceso terapéutico.

- **Cuerpo:** Juan es alto y robusto. Cabello castaño, ojos celestes. Mirada fija y poca expresividad facial. Responde y se sonríe en respuesta a estímulos de la terapeuta.

Sobrepeso, forma de muro.

Imagen corporal distorsionada.

Poco Grounding

Peso pasivo.

Cierta carencia de Ligereza y vitalidad

Flujo simultáneo.

Iniciación del movimiento distal.

Simetría de movimientos. Dificultad para realizar movimientos contralaterales.

- **Espacio:** Nivel medio. Kinesfera personal pequeña, plano horizontal.

Kinesfera general media.

Dinámicas (Efforts): Flujo contenido, espacio directo, tiempo sostenido.

Unidad (combinación de tres efforts): flujo + espacio + tiempo = visión.

- **Relaciones:** Poca interacción social con los demás usuarios de la unidad. No rechaza la proximidad. Nerviosismo al contacto físico, durante las sesiones no permite que la terapeuta le haga masajes con la pelota. Juan no inicia el contacto si no que espera que le contacten a él. Utiliza objetos y juguetes de la sala por iniciativa propia.

- **Acciones:** Simetría de movimientos. Preferencia de movimiento de brazos. Imita movimientos. Andar desganado y pasivo.

- Forma (KMP): Oral sádico. Atributos: Espacio flujo regular, fuerza/peso baja intensidad, tiempo gradual.

- Temas en movimiento: A Juan le gusta mucho jugar al fútbol, “chutar goles” y el juego con globos. Le gusta leer y que le lean cuentos.

Primera impresión: tímido, pasivo

Observación: vergonzoso, dificultad para la toma de iniciativa y relacionamiento.

Objetivos: mejora en la autoestima, expresión de emociones y toma de liderazgo/iniciativa.

Efforts (Cualidades de movimiento)	Indulgente	Resistencia/ Lucha	Laban	Jung
Flujo	Libre	Contenido +++	Progresión/ precisión	Sentimientos
Espacio (foco, mirada)	Flexible/Indirecto	Directo ++	Atención	Pensamiento
Peso	Liviano	Firme +	Intension	Percepción
Tiempo	Sostenido ++	Súbito	Decision	Intuición

Espacio		
Uso y relación del individuo con el espacio		
Planos	Vertical	Puerta (Arriba-abajo)
	Horizontal ++	Mesa (izq-derecha)
	Sagital	Rueda (adelante-atrás)
Niveles	Alto	
	Medio ++	
	Profundo	
Distancia	Cerca ++	
	Medio +	
	Lejos	
Kinesfera personal	Pequeña ++	
	Mediana	
	Grande	
Espacio general	pequeño	
	Mediano ++	
	Grande +	
		Presentación del self
		Comunicación con otros
		Toma de decisión/Operar-actuar
		Ideales -espíritu
		Cotidiana- relaciones
		Raíces- tradición
		Intima
		conversación
		alcanzar
		Lugar que ocupa el cuerpo en el espacio
		Interés por el espacio (mirada)

Forma (KMP) Relación con uno mismo y los objetos		
Tension flow rhythms	Libidinal/ Indulgente	Sádico
Oral	Succionar	Morder ++
Anal	Contorsionar	tensionar- soltar
Uretral	correr sin rumbo	Iniciar-detener
Genital interno	ritmo ondulante	Emerger/alumbrar
Genital externo	saltar	Arrancar/embestir
Genital interno + Genital externo	ondulante + saltar = bailar	
Atributos (carácter, temperamento, afectos)		
Espacio	Ajuste de flujo	Flujo regular (even flow) ++
Fuerza/peso	Baja intensidad ++	Alta intensidad
tiempo	Gradual ++	Abrupto
Pre- efforts (pre-conscientes)		
espacio	Flexible	Canalizado +
Fuerza/peso	Gentil	Vehemente/Ímpetu
Tiempo	Titubeo +	Repentino

Relación	Con el Terapeuta +++	Con miembros del grupo
Contacto visual	+++	
Proximidad	++	
Contacto físico	+	
Utilización de material	+++	
Defensa al contacto	++	

Habilidades motoras	Fina +	Gruesa ++
Coordinación	+	
Equilibrio	++	
Repertorio	+	

Juego	Iniciación	Simbólico	Propósito del uso
	++	++	Relación con otros

Acciones	
Actividades que realiza el cuerpo en relación al espacio y los compañeros	
Gestos/Expresividad facial	+
Iniciación al movimiento	distal
Simetría/Asimetría	Simetría
¿Que partes se mueven?	Brazos y piernas
Preferencias	Jugar con el globo y la pelota

Imitación/ copia	+
Utilización de la voz	+

Conducta	
Acepta límites	Si
Espontaneidad	+
Creatividad	+
Dependencia del terapeuta	++
Autorregulación	+
Impulsividad	++
Cauteloso	+
Tímido	+++

Presencia: leve **+**, moderado **++**, alto **+++**

Ausencia: -

II Historia de La fiesta de cumpleaños y la clave para desencadenar los *Efforts* previstos

Prats L, Colóm A, Waceols, D y Percentilli S. (2011). *The Moving Story Effort Assessment as a Means for the Movement Assessment of Preadolescent Children*. Traducción al castellano, Máster en Danza Movimiento Terapia, Universitat Autònoma de Barcelona.

La fiesta de cumpleaños

Hoy es un día muy especial. Es tu cumpleaños, y ¡parece que nadie lo ha acordado! Estás cansado de esperar que la gente lo recuerde, por lo que decides caminar a la casa de tu mejor amigo/a para ver dónde está. En el camino, un bicho grande y feo pasa justo ¡frente a ti! Te detienes. Tú sabes que es uno de los bichos de los que has oído a todo el mundo quejarse, así que antes de continuar, lo pisa/pisoteas ¡tan fuerte como puedas! (Pausa).

A continuación, sigues caminando a la casa de tu amigo/a. Al llegar allí, tocas el timbre CINCO veces. (Pausa hasta que esté hecho) No hay respuesta. Ves que la puerta está ligeramente abierta, así que tan silenciosamente como te sea posible, abres la puerta y entras. Empiezas a mirar alrededor, siendo tan cuidadosos como puedas para no hacer ruido, cuando de repente se escucha “¡Sorpresa!” saltas hacia atrás choquado (in shock). ¡No olvidaron tu cumpleaños, es una fiesta de cumpleaños sorpresa! ¡Saltas arriba y abajo de alegría!

Te apresuras a llegar a la gran pila de regalos de cumpleaños que está en la esquina de la habitación y coges el más pequeño primero. Lo abres y encuentras una botella de burbujas. Abres la botella y soplas algunas burbujas. Tratando de no hacerlas explotar, tomas algunas de las burbujas (pausa de tres tiempos).

Después de guardar las burbujas, te das cuenta de que tienen sed y caminas hacia la mesa. Tomas una humeante taza de chocolate caliente.

Teniendo mucho cuidado de no derramar el chocolate, ya que esto podría hacerte daño, la llevas dónde estabas sentado. ¡Cuidado, que ni siquiera una gota se derrame sobre la alfombra! Dejas la taza de chocolate y vuelves a los regalos, ¡cuando llega el pastel de cumpleaños! Todo el mundo está cantando “ ¡Cumpleaños feliz!” Todas las velas están alrededor de la torta en un gran círculo. ¡Va a ser difícil apagarlas todas! Así, con una gran sonrisa en tu cara, toma una respiración profunda y soplas todo el pastel para apagar todas las velas (*pausa*). Hay tanto humo, que empiezas a golpear fuerte con los brazos (*swat your arms*) hacia todos lados para tratar de deshacerte de él.

Golpeas fuerte por encima y por debajo y alrededor hasta que todo el humo se ha ido. ¡Uf, eso fue un trabajo difícil! Decides abrir otro regalo y para tu sorpresa, ¡se trata de tu *juguete favorito*! Estás tan emocionado que giras y giras como si estuvieras volando, tan rápido como puedas (*pausa*) hasta que estés tan mareado que tengas que parar (*pausa*).

Unos minutos más tarde es el momento de volver a casa. ¡Se está oscureciendo afuera! Recoges todos los regalos con la ayuda de tus amigos y vuelves a casa para jugar con todos tus juguetes nuevos.

Tabla para la evaluación de los *Efforts* en historias en movimiento
(Bartenieff & Lewis, 1980)

<i>La Fiesta de Cumpleaños</i>	
Imagen clave	Porcentaje de consistencia^a
Pisotear los Bichos	firme (95%), directo (92%), súbito (62%)
Tocar el timbre	directo (100%)
Saltar hacia atrás con sorpresa	súbito (100%)
Atrapar burbujas	ligero (67%)
Llevar chocolate caliente	conducido (100%), sostenido (82%)
Soplar las velas	indirecto (62%)
<i>Apartar el humo a manotazos</i>	
<i>(Swat smoke away)</i>	indirecto (100%), súbito (80%)

^a indica cuán a menudo estas imágenes provocan entre los evaluadores *Efforts* especificados.